Nr. 3 Warszawa, Czerwiec 1930. Tom II.

Gastrologja Polska

Les resumes des travaux originaux en langues etrangères se trouvent a la fin du numero.

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert | Wydawca: Dr. I. Grundzach.

RAK ŻOŁĄDKA

Wieczór dyskusyjny w Pol. Tow. Gastrologicznem dn. 26 marca 1930 r.

REFERENCI:

B. Wejnert.
F. Niewiadomski.
B. Kryński.

I.

Spostrzeżenia i uwagi w sprawie raka żołądka.

Podał

Dr. Med. BRONISŁAW WEJNERT.

„Rak żołądka" jest to temat tak obszerny, że gdybyśmy się kusili o danie pełnej monografji tej sprawy, to wszystkich naszych posiedzeń całego roku byłoby mało, a i szereg tomów drukowanych mógłby jeszcze zagadnienia nie wyczerpać

To też nie mamy bynajmniej zamiaru ujmować tematu monograficznie — uważając, że w danym zespole słuchaczy byłoby to zbędnem powtarzaniem się i niepotrzebnem utopieniem nowszych, czy ciekawszych myśli w morzu balastu, zresztą wszystkim znanego. Pragnęliśmy podejść do sprawy w sposób mniej zwykły, mniej szablonowy a jednocześnie bardziej życiowy i praktyczny, poruszając tylko te strony zagadnienia, które są nowsze, mniej znane, i powinny dziś budzić zainteresowanie, wywołać dyskusję, dać impuls do badań i poszukiwań, wreszcie wpłynąć na takie lub inne postępowanie lekarza w stosunku do pacjenta.

*

* *

Internista, czy gastrolog może patrzeć na raka żołądka z różnych stanowisk: etyologicznego, statystycznego, klinicznego, terapeutycznego i t. d. Nie chciałbym zajmować żadnego z powyższych utartych punktów widzenia — pragnę natomiast rozwinąć odpowiedzi na dwa zasadnicze pytania, które się nasuwają z chwilą, gdy uwaga nasza skierowuje się w stronę zagadnienia raka żołądka. A mianowicie: czem jest rak dla żołądka? I czem jest żołądek dla raka?

Zacznijmy od drugiego pytania. Żołądek dla raka jest niewątpliwie częścią ustroju, w której cierpienie to znajduje najczęstsze swe umiejscowienie. Wszystkie statystyki, bez względu na kraj i sposób ich zbierania, wskazują zgodnie, iż rak najczęściej lokuje się w żołądku (25%—30% wszystkich raków to raki żołądka), nawet jeśli uwzględnić tylko materjał kobiecy, to i w tym razie macica na drugim dopiero po żołądku stoi miejscu.

Na 694 sekcje wykonane przez Heybowicz-Kuleszynę w Warsz. Inst. Anat.-Patol. w 211 przypadkach stwierdzono raka żołądka. Podczas gdy raków macicy było 75, jelit 63 i t. d. Miklaszewski twierdzi, iż rak częściej się sadowi w żołądkach chrześcijan niż żydów, jak zresztą i na wardze i w przełyku. Nie należy jednak sądzić, jakoby rasa semicka była względem raka odporniejszą od aryjskiej — bowiem raki wątroby, jelita odbytnicy, trzustki są właśnie u żydów częstsze. Trudno więc tu mówić o odporności rasowej, raczej należy zwrócić uwagę na różnicę w częstości umiejscowienia raka u chrześcijan i żydów, co prawdopodobnie jest związane z odrębnemi przyzwy-

czajeniami, właściwem od wieków trybem życia oraz sposobem żywienia. Ten sposób żywienia zwłaszcza nie jest obojętny, jak na to wskazuje szereg autorów, przypisując mu duże znaczenie zwłaszcza w rakach przewodu pokarmowego resp. żołądka. Poczyniono już szereg doświadczeń nad wpływem djety na wzrost nowotworów. Jansen, Hoaland, Cramer, Rous stwierdzili hamujący wpływ upośledzonego żywienia na wzrost nowotworów. Bulkley stosował z dobrym wynikiem ograniczenie do minimum białka zwierzęcego w pokarmach. Händl stwierdził że sole wapnia hamują nieco wzrost guza, sole zaś potasu sprzyjają mu. Ten sam autor oraz Tadenuma przekonali się, że karmienie węglowodanami pobudza nowotwory do szybkiego wzrostu. Nieco nowego światła rzuciła na tę sprawę nauka o witaminach. Funk twórca tej nauki był pierwszym, który zwrócił uwagę na możliwość związku przyczynowego między witaminami a nowotworami. Nie wątpi on, że rak jest chorobą, wynikającą z przekarmienia ustroju i że ograniczenie witamin w pożywieniu wpływa wyraźnie upośledzająco na wzrost nowotworów. Funk i Drummond dowiedli, że mięsak kurzy Rousa przy mięszankach pokarmowych ubogich w witaminy wolniej rośnie, niż przy dyecie, w nie obfitującej. Sweet, Corton i Daxon w doświadczeniach nad szczurami stwierdzili również, że wzrost nowotworów zostaje silnie hamowany przez pokarm ubogi w witaminy. Spostrzeżenia nad stosunkiem nowotworów do witaminów mogłoby mieć doniosłe znaczenie praktyczne, gdyby się tylko nie okazało w przyszłości, że tkanka nowotworowa ma większą siłę przyciągającą dla witamin, niż tkanka zdrowa. W ostatnim razie mogłoby się zdarzyć, że należałoby tak ograniczyć pokarm witaminowy, iż ustrój sam uległby zniszczeniu.

W każdym razie można już dziś zgodnie z zapatrywaniem Hoffmana, R. Williamsa i innych, twierdzić ogólnikowo iż nadmiar obfitego pożywienia niewątpliwie sprzyja rozwojowi raka żołądka. O ścisłych jednak wskazaniach dyetycznych jeszcze mowy być nie może. Ta ciekawa i praktycznie niezwykle doniosła sprawa czeka niecierpliwie swego rozwiązania. Nie potrzebuję wszak mówić, iż gdybyśmy umieli środkami dyetetycznemi hamować wzrost nowotworów, lub bodajby tylko nie przyspieszać jego rozwoju — to już by było wielkiem

zwycięstwem. Z dotychczasowych powyżej przytoczonych prac w tym kierunku można wyprowadzić wniosek iż dalsze badania powinny by mieć znaczne szanse powodzenia i dzisiejsze marzenia o ustaleniu dyety w raku (resp. raku żołądka) wydają się możliwemi do osiągnięcia. I kto wie, czy nie tu właśnie leży klucz do rozwiązania stosunku internisty-gastrologa do raka żołądka w szczególności i nawet raka wogóle. Dobrze opracowana profilaktyka, w której dyetetyka odgrywała by pierwszorzędną rolę, niewątpliwie mogła by w walce z rakiem żołądka oddać wielkie usługi. Wysiłki bowiem i próby terapji względem tego cierpienia, jak dotąd, pozostają nietylko bez skutku, ale nawet nie rokują nadziei na przyszłość.

Przejdźmy teraz do drugiego pytania, czem jest choroba raka dla żołądka? Niewątpliwie nie jest to cierpienie dla żołądka najczęstsze, jeżeli patrzeć z punktu praktyka, w gabiniecie bowiem lekarza spotykamy się z niem nawet znacznie rzadziej, niż z całym szeregiem cierpień żołądka, jak dajmy na to nadkwaśnością, niedomogą wydzielniczą niezłośliwą i in. Procentowe obliczenia dają tu dla raka 11,5%, dla niedomogi niezłośliwej 20%, dla nadkwaśności 36%. Jeżeli jednak staniemy na gruncie zapadalności — to łatwo do innej konkluzji dochodzimy. Szybki przebieg raków i długotrwałość innych cierpień żołądka powoduje, iż lekarze dużo mniej razy widzą każdy poszczególny przypadek raka niż każdy przypadek innego cierpienia i że w okresie trwania każdej innej choroby żołądka u jednej osoby zdąży kolejno zapaść na raka i umrzeć cały szereg osób. To też jedynym punktem wyjścia dla ustalenia jak częstym jest faktycznie rak w stosunku do innych cierpień żołądka — może być tylko obliczenie oparte na zapadalności. Takie obliczenia kiedyś porobiłem i doszedłem do wniosku, iż na każde 36 osób zachorowujących na przewlekłe cierpienie żołądka 14 dostaje raka, Przy ścisłości obliczeń tych obstawać oczywiście nie można. niewątpliwem atoli jest, iż rak żołądka zdarza się często i że jest tym cierpieniem żołądka, które daje największą i to kolosalną cyfrę śmiertelności. Gdyby nie istniał rak żołądka śmiertelność w chorobach tego narządu spadłaby o 99%. Ta wielka śmiertelność przy raku żołądka jest wynikiem tego, iż cierpienie

to nieuleczalne jest środkami wewnętrznemi i actinoterapeutycznemi, przy szansach leczenia chirurgicznego, ograniczonych do przypadków wcześnie rozpoznanych. I tu się wyłania kolosalnej wagi sprawa — wczesnego rozpoznania, w dzisiejszych bowiem czasach udział internisty-gastrologa do tego właśnie wczesnego rozpoznania się ogranicza. Tymczasem rak jest dla żołądka tą chorobą, która przebiega najskryciej i najtrudniej daje się we wczesnych okresach rozpoznać. Wysiłki w tym kierunku były i są czynione liczne. Z imionami Briegera, Trebinga, Crila, Freunda, Kaminera, Kellinga, Abderhaldena i wielu innych związany jest szereg metod, opartych na hemolitycznych i cytolitycznych właściwościach surowicy; znów amerykańscy autorowie jak Friedenwald, Growe oraz francuscy Le Noir, Mathieu, de Fossey i Richet dążyli do wykazania wpływu raka przewodu pokarmowego na zawartość cukru we krwi, Sailor zaś i inni w moczu. Nie będę oczywiście ani opisywał tych wielu metod, ani ich poddawał krytyce — są one przeważnie znane, zresztą niestety nie uzyskały prawa praktycznego obywatelstwa, jako zbyt kłopotliwe i bynajmniej nie pewne. Z polskich badaczy nie mogę pominąć A. Gluzińskiego, którego metoda praktyczniejsza i pewniejsza od próby Salomona, szerokiego zastosowania w praktyce jednak też nie osiągnęła, jako zbyt dla chorego męcząca, oraz Cytronberga, ktory przeprowadził cały szereg badań, stwierdzający między innemi fakty zmniejszenia się wskaźnika refraktometrycznego i zwiększenia się napięcia powierzchniowego w treści żołądka rakowatego, oraz zmniejszenia tolerancji węglowodanowej. Temi nader ciekawemi i pożytecznemi z punktu widzenia naukowego badaniami zrobił Cytronberg niewątpliwy krok naprzód w mglistym labiryncie fizykochemicznych dociekań, jednak sprawa uzyskania z tej strony pewnej i praktycznej drogi wczesnego rozpoznania jeszcze nie została rozwiązana. Internista-gastrolog ciągle niestety musi się opierać na całym zespole różnych objawów i wyników dostępnych mu badań, zwracając się po potwierdzenie swych mniej lub więcej uzasadnionych podejrzeń do promieni X. Lecz i ta potężna metoda nie zawsze nas zadawala i sprawę ostatecznie rozstrzyga.

Mogłaby nam tu przyjść z pomocą laparatomja próbna,

trudności jednak przeprowadzenia tej metody w okresach wczesnych wytrąca ją z rąk lekarza. W początkach cierpienia zaproponowanie pacjentowi laparatomji odniesie zgóry wiadomy skutek: pacjent uda się do innego lekarza, a wrazie natrafienia tam na tą samą propozycję do trzeciego i czwartego, lub poprostu do jednego z licznych u nas niestety szarlatanów. Po kilku miesiącach może się zdarzyć jedno z dwóch: albo to nie był rak i pacjent w doskonałym zdrowiu wysławia szarlatana, z oburzeniem opowiadając o nieudolności lekarzy, którzy go chcieli „pokrajać", albo to jest rak i wtedy pacjent wraca na łono zdradzonej medycyny, która już wówczas dać niewiernemu nie może nic prócz stwierdzenia niewątpliwego rozpoznania. I w jednym i w drugim przypadku wyniki nas zadowolić nie mogą.

W ostatecznym zestawieniu tego o czem powyżej mówiliśmy, nasuwa się kilka wniosków w sprawach, dotąd zamało zdaniem moim uwzględnianych:

1). Trzeba dążyć do jaknajdokładniejszego zbadania wpływu warunków życia na rozwój raka żołądka; zwłaszcza sprawa dyety powinna być wyczerpująco opracowana.

2). Starać się należy aby społeczeństwo było tak uświadomione co do laporatomji próbnej przy podejrzeniu na raka żołądka, jak jest obecnie co do operacji wyrostka robaczkowego.

3). Pierwsze podejrzenie na raka żołądka winno być uważane za kres działalności lekarza domowego (resp. prowincjonalnego). Pacjent powinien niezwłocznie być skierowany do specjalisty gastrologa ewent. internisty, który by mógł i chciał ująć w swe ręce kierownictwo badań, a po ich uskutecznieniu ustalić ostateczny wniosek co do rozpoznania. (Dla chorych niezamożnych istnieją przychodnie przeciwrakowe, które bezpłatnie się niemi zajmą).

4). Działalność gastrologa - internisty ma się kończyć nie tylko z chwilą ustalenia rozpoznania raka żołądka, ale też z chwilą dojścia do przekonania, iż w danym wypadku raka wykluczyć nie można. Pacjent w tych razach musi przejść do chirurga, który, jak dotąd, może więcej od internisty-gastrologa obiecać i więcej dotrzymać.

II.

Chirurgja współczesna — a rak żołądka.

Podał
Dr. Med. FRANCISZEK NIEWIADOMSKI.

Mając ze stanowiska chirurga mówić o raku żołądka, rozpocznę od pewnych rozważeń statystycznych dla przedstawienia obecnego stanu chirurgji nowotworów żołądka.

W 1925 roku podał Pomper z II Oddziału chirurgicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego (Kierownik ś. p. Al. Zawadzki) statystykę zabiegów chirurgicznych na żołądku z powodu raka za lata 1915—1925. Jedną trzecią wszystkich zabiegów wykonanych w tym okresie z powodu nowotworów złośliwych stanowił rak żołądka (111). Stosunek podobny spotykamy w innych nowszych statystykach, jak Wuard'a, ogłoszonej w 1928 r. (Cancer Review London 1928, 3, Nr. 1). Autor ten mówi, że rak żołądka stanowi 30% wszystkich raków. Przewaga mężczyzn nad kobietami spotykana w statystykach raka i wrzodu żołądka, dawnych i nowszych potwierdza się w referacie Pompera, który podaje liczbę mężczyzn—70, kobiet—41. Wiek od 23—68. Obliczenia innych autorów szczególnie, podane na konferencji przeciwrakowej w lipcu w Londynie 1928 r. nie ustalają żadnej granicy wieku, ale godzą się, że najczęściej mamy do czynienia z tem schorzeniem u osobników od 40 lat, ewentualnie 50—70 lat. Jeżeli się przyjrzymy bliżej cyfrom, zwraca uwagę niestety bardzo niski odsetek zabiegów doszczętnych. Na 111 przypadków operowanych wykonano wycięcie mniej lub więcej rozległe tylko u 46 osobników. Zespolenie kikuta żołądka po wycięciu dokonano przeważnie sposobem Reichel-Polya, tylko w 2 przyp. zastosowano sposób Rydygiera, a w 3 przyp. Billrotha II. Możemy zrobić zarzut, że to są liczby, które nam niedokładnie przedstawiają stan sprawy leczenia chirurgicznego. Za niskie liczby—z jednego oddziału szpitalnego, choć z Oddziału, który w swoim czasie gromadził bardzo obfity materjał żołądkowy.

Jednak to samo wrażenie, że sprawa wczesnego rozpoznania raka żołądka niedobrze stoi, nie opuszcza nas, gdy wertujemy inne statystyki, choćby z ostatnich lat. Balfour z Chicago w r. 1927 podaje, że tylko w 50% przyp. można było przystąpić do laparatomji, a zaledwie 40% operowano doszczętnie. Dane na podstawie bardzo licznego materjału—6000 przyp. zebranych od r. 1910. Bastianelli z Rzymu ogłasza na konferencji przeciwrakowej londyńskiej w r. 1928, że na 543 przyp. tylko w 239 przyp. mógł wykonać wycięcie żołądka (mniej niż 50%). Na tem samem posiedzeniu występują w obszernej dyskusji i inni chirurdzy podając swe wyniki. Finsterer, który posiada duży materjał żołądkowy podaje, że na 518 operowanych — w 329 wykonał wycięcie. Stosunek już nieco lepszy, może dlatego, że autor rozszerza wskazania do zabiegu doszczętnego, Z dalszych jego rozważań jednak wynika, że tylko w 202 przyp. miał do czynienia z rakiem ograniczonym, a w 127 przyp. rak przechodził na trzustkę, wątrobę lub poprzecznicę. Wilkie wspomina również tylko o 50% raków, nadających się do zabiegu doszczętnego. Następna rubryka w statystyce—to śmiertelność po operacjach, która zależy ściśle od wczesnego rozpoznania i możliwości wykonania zabiegu doszczętnego przy ograniczonym nowotworze i bez objawów ogólnego charłactwa. Według obliczeń Pompera wyniosła około 24%. Cyfra duża, ale też przypadki przeważnie spóźnione, zadawnione, z guzami wyraźnie wyczuwalnymi i daleko posuniętem charłactwem; przypadki z wczesnym obrazem choroby,—to białe kruki. Podam kilka cyfr porównawczych ze statystyki wyżej wymienionych. Bastianelli mówi o 25% śmiertelności przy zabiegach doszczętnych. Balfour, który dysponuje już lepszym materjałem o 10%. Finsterer w przyp. raków przechodzących poza żołądek oblicza śmiertelność na 37,8%, za to w przyp. wczesnych (202) podaje tylko 5% śmiertelności. Wszyscy jednak mają nadzieję, że z ulepszeniem techniki, a przedewszystkiem postępem w djagnostyce śmiertelność spadnie do 9,7 lub nawet 5%. Przechodząc do najważniejszej części każdej statystyki, t. j. do wyników późnych mogę przytoczyć tylko obliczenia obcych autorów, bowiem z Oddziału ś. p. Zawadzkiego tych danych nie posiadam, a przeglądając odnośne piśmiennictwo polskie za lata 1917—21 i 1925 i 1926 żadnej obszerniej-

-szej klinicznej pracy o nowotworach żołądka nie znalazłem. Hartman w roku 1926 podaje na 100 przyp. wycięcia 30% trwałych wyzdrowień powyżej 5 lat. Delore, Mallet-Guy i Burlet także w r. 1926 w „Lyon Chirurgical" mówią o 16% wyzdrowień, opierając swe obliczenia na 166 przyp. Podają jako przeciętny czas przeżycia po wycięciu 18 miesięcy, a 7—8 miesięcy po zespoleniu bez usuwania nowotworu. Balfour w r. 1927 oblicza, że w przypadkach, w których guz nie przechodził poza żołądek 53% żyje po 3 latach, a z chorych, którzy byli operowani w późniejszym okresie, kiedy już gruczoły były zajęte, tylko 20% pozostało przy życiu po 3 latach. Bastianelli w wyżej cytowanej statystyce nadmienia, że przeważna część, przeszło 50% chorych, ma nawrót w przeciągu 3 lat. Wyzdrowienie stałe najwyżej w 3% przyp. Finsterer nie podaje dokładnych cyfr. ale zwraca uwagę, że nawet w przypadkach zapóźnionych, w których musiał wykonywać oprócz wycięcia żołądka wycięcie częściowe wątroby lub okrężnicy lub trzustki, ma wyniki trwałe do zanotowania po 5—13 latach.

Nie chcę już dłużej nużyć szanownych Panów wywodami statystycznymi ale na zakończenie tego suchego zestawienia cyfrowego chciałbym zwrócić uwagę na częstotliwość raka żołądka i jego stosunek do innych schorzeń, a szczególnie do wrzodu żołądka. W gabinecie gastrologa, jak już nieraz u nas podnoszono, rak żołądka jest względnie rzadki.

Inaczej ten stosunek układa się na oddziale chirurgicznym. Może wypływa to z natury samej choroby i opinji w społeczeństwie co do metod i wyników leczenia.

Dobrze wiemy, że sprawa leczenia operacyjnego wrzodu żołądka jest niepopularna wśród publiczności, ma wielu przeciwników i wśród terapeutów. Wskazania są nieujednostajnione, w obecnej dobie liczba zwolenników leczenia zachowawczego nie maleje, owszem wzrasta. Zresztą i wśród chirurgów istnieje rozłam co do sposobu i rodzaju leczenia operacyjnego. Pogląd więc zachowawczy ściera się z poglądem radykalnym. Choć, mimochodem mówiąc, zjazd międzynarodowy chirurgiczny w r. 1929 w Warszawie wypowiedział się znaczną większością za leczeniem doszczętnem wrzodu żołądka.

Co do raka żołądka zaś panuje jednomyślność, terapeuci

i chirurdzy zgadzają się, że jedynem celowem leczeniem jest zabieg doszczętny. Pogląd ten dotarł już do szerszych mas pacjentów. Z tych kilku uwag jest więc zrozumiałe, że nowotwór żołądka jest w stosunku do wrzodu na oddziale chirurgicznym zjawiskiem częstszem, niżby się to wydawało według stosunku tych schorzeń do siebie w przychodniach i prywatnych gabinetach gastrologów. I tak w statystyce. którą wykonaliśmy z kol. Wilkiem w r. 1928, podaliśmy liczbę operowanych wrzodów żołądka na oddziale ś. p. Zawadzkiego za lata 1915—1928, t. j. 13 lat na 240, podczas gdy Pomper oblicza ilość operowanych raków za 10 lat na 111. Więcej niż połowa, jak weźmiemy pod uwagę krótszy okres (10 lat), za który podał Pomper swe obliczenia. Według Waltona jest rak żołądka rzadszy. Od 1913 badał 229 raków i 1086 wrzodów. Na 6 operacyj żołądkowych wypada 1 zabieg z powodu raka. Przewaga mężczyzn nad kobietami stwierdza się w obu schorzeniach. Wiek chorych na wrzód żołądka oblicza na tym imponującym materjale na 30—40, podczas gdy wiek chorych na raka oznacza na 40—50—70 lat. Podałem w streszczeniu porównawczem najpoważniejsze dane z najnowszych prac statystycznych, by wykazać Szanownym Panom, jak daleko jesteśmy w chirurgji nowotworów żołądka od ideału doszczętnego wyleczenia. Gdzie szukać przyczyny, którędy droga do poprawy wyników leczenia? Tylko drogą wczesnego rozpoznania. P o g r a n i c z e n o w o t w o r u ż o ł ą d k a i w r z o d u j e s t o b e c n i e t y m t e r e n e m, n a k t ó r y m w i n n a s i ę s k u p i ć d z i a ł a l n o ś ć t e r a p e u t ó w, r e n t g e n o l o g ó w i c h i r u r g ó w. Li tylko postęp w djagnostyce poprawi wyniki leczenia. Pomijając mało znaną nam patogenezę nowotworów w ogólności, musimy stwierdzić, że patologja i klinika raka żołądka jest na tyle rozbudowana i dokładnie znana, że w okresie pełnego rozwoju choroby, nie mówiąc o przypadkach zadawnionych pewne rozpoznanie nie nastręcza żadnych trudności. Ale spóźnione leczenie chirurgiczne chorych, u których stwierdzamy guz żołądka przez obmacywanie powłók brzusznych lub, co gorzej, przez obecność płynu wolnego w jamie brzusznej, zawodzi, względnie nieznaczny odsetek tych pacjentów ratuje i życie im przedłuża na kilka lat. Również stwierdzenie wyraźnego i znaczniejszego

ubytku cieniowego na ekranie rentgenologicznym jest właściwie spóźnionem rozpoznaniem, gdy chodzi o wynik trwałego wyleczenia. Inaczej ma się sprawa w początkach choroby. Jeżeli uda się nam rozwiać nasze wątpliwości rozpoznawcze, wkroczyć pewnie na ten teren djagnostyki i dawać ścisłe wskazania lecznicze w początkowym okresie rozwoju nowotworu, to przy dalszych postępach i tak już udoskonalonej techniki operacyjnej będziemy mieli prawo mówić o możności osiągnięcia długotrwałego wyleczenia. Nie jest założeniem tego referatu, ani czas ograniczony przemówienia nie pozwala na to, by przedstawiać obszernie klinikę schorzeń z tak zwanego pogranicza. Są to rzeczy Panom znane. Chciałbym tylko w kilku słowach obraz na początku rozwoju choroby naszkicować, by uzmysłowić nam te trudności rozpoznawcze, z któremi walczyć musimy i do których usunięcia dążyć musimy.

Wszyscy autorzy w ostatnich latach w pracach i referatach, dotyczących guzów żołądka powracają do kwestji wczesnego rozpoznania i podają różne objawy, jako p a t o g n o m o n i c z n e dla wczesnego okresu. Stąd już możemy wnioskować, że dalecy jesteśmy od dokładnego ustalenia objawów chorobowych w pierwszym okresie choroby. Większość się jednak na to godzi, że lekkie objawy dypeptyczne w wieku ponad 40 lat, jak uczucie wzdęcia i ciężkości, umiejscowione w nadbrzuszu lub w lewem podbrzuszu połączone z zaparciem stolca, nieznaczne nudności, bóle choćby w słabym stopniu, ale nieustępujące po przyjęciu pokarmu, winny już zwrócić naszą uwagę w kierunku nowotworu. Utrata łaknienia i wagi, wstręt do mięsa, wymioty choćby rzadkie są do pewnego stopnia objawami już następczemi. W tym okresie nasze podejrzenia potwierdza dokładne badanie i to w znacznie wyższym odsetku niż z początku. Wymioty obfitsze, a tembardziej krwawe występują później, choć te ostatnie, jak wzmiankują wyżej podani autorzy spotkać możemy w przeciągu całej choroby. Nieraz przy braku dokładnej obserwacji lub niedopatrzeniu ze strony lekarza, są one pierwszym dzwonkiem alarmującym. Odbijanie zajmuje w kolejności objawów zwykle jedno z pierwszych miejsc, odbijanie zgniłem jajkiem, należy do późniejszych okresów, towarzyszą one jednak nietylko nowotworom ze zwężeniem oddźwiernika i zastoiną.

Objawy ogólnego charłactwa, macalnego guza, większej utraty wagi nie należą już do oznak początkowego okresu, o którym tu mowa.

Przy tych pierwszych wyżej wymienionych objawach, szczególnie, jeżeli mamy do czynienia z osobnikiem starszym, winniśmy przez dokładne i sumienne zbadanie obecność nowotworu wyłączyć.

Jak wiemy, badanie soku żołądkowego szczególnie, t. zw. „refrakcyjne" może nam znaczne usługi oddać. Brak lub zmniejszenie ilości wolnego kwasu solnego, obecność kwasu mlekowego, współistniejące powiększenie ogólnej kwasoty ułatwia rozpoznanie.

Niektórzy, jak Hurst, są zdania, że brak kwasu solnego w 65% nie powstaje wskutek raka, lecz jest następstwem kataru żołądka, który jest stanem przedrakowym.

Ten katar żołądka powstaje na tle próchnicy zębów, zapalenia migdałów lub zatok nosowych.

Badania fizyczno-chemicznych właściwości zawartości żołądka, przeprowadzone przez Cytronberga, wykazały możliwość zróżniczkowania wczesnego między wrzodem, a rakiem, co potwierdził wynik operacyjny w szeregu przypadków. Obraz morfologiczny krwi zmienia się powoli, są opisane przypadki, gdzie prawie do śmierci zmian nie stwierdzono. Obraz krwi często potrzebny nam jednak dla zróżniczkowania w początku choroby z niedokrwistością złośliwą. W kale wykrywamy obecność krwi utajonej. Najważniejsza rola jednak przypada w obecnym stanie rozwoju diagnostyki bezsprzecznie rentgenologowi. Najwcześniejsze okresy tej złowrogiej choroby wykrywamy właściwie tylko na ekranie. Małe owrzodzenia nowotworowe lub zwyrodniałe wrzody, które nie zdążyły zmienić chemizmu żołądka, wywołać znaczniejszych objawów dyspeptycznych, nie mogą pozostać w ukryciu dzięki badaniom seryjnym z profilu i badaniem śluzówki sposobem Berga. Omówienie tych nowych zdobyczy w dziedzinie djagnostyki, decydujących w trafnem rozpoznaniu wczesnem będzie tematem następnego referatu przez specjalistę—rentgenologa.

Co dotychczas powiedziałem tyczy się przedewszystkiem objawów wczesnych raka oddzwiernika i części przyoddźwierni-

kowej. Jeżeli, jak autorzy podają, rak „ostry" przebiega do roku bez poważniejszych symptomów, „przewlekły" do 3 lat, to nowotwory trzonu żołądka, szczególnie dużej krzywizny możemy zaliczyć przeważnie do przewlekłych. Brak apetytu i chudnięcie poprzedzają zaburzenia trawienne. Rak wpustu w początkowych okresach, jak i późniejszych ma wiele wspólnych cech z rakiem przełyku. Tu występuje przedewszystkiem niedomoga trawienna w stosunku do pokarmów stałych, a później płynnych, zwracanie pokarmów (regurgitation), ślinotok, *foetor ex ore*. Chudnięcie postępuje szybciej, bo stan odżywiania szybko się pogarsza. Linitis plastica przeważnie charakteru złośliwego, przebiega przy podobnych objawach, jak rak wpustu, stwierdzamy tylko brak cech zwężenia, które występują w późniejszym okresie rozwoju raka wpustu.

Chciałbym jeszcze poruszyć jedną kwestję, a która w dyskusji mogłaby znaleźć pewne wyjaśnienie. Gdzie kończy się wrzód, a zaczyna rak? Czy jest związek między temi schorzeniami? Czy istnieje zwyrodnienie złośliwe wrzodu? Spór w nauce nie ucichł, lecz przeciwnie trwa. Na konferencji londyńskiej w r. 1928 wszyscy autorzy do tej kwestji wracają. Szereg uczonych z Hartmanem na czele negują możliwość zwyrodnienia rakowatego wrzodu, uznają tylko postać raka owrzodziałego — cancer ulcereuse, a nie ulcero—cancer. Inni są zwolennikami teorji zwyrodnienia złośliwego wrzodu, przytaczają dowody histopatologiczne, różnią się tylko co do danych statystycznych. I tak Klein i Demuth w r. 1927 mówi o 6%—7%, Finsterer o 18,5%, Hurst o 16%, Stewart 17,5%, niektóre dawniejsze statystyki amerykańskie wspominają nawet o 50—70% zwyrodnienia rakowatego owrzodzeń żołądkowych.

Zarzut, że badania wrzodów żołądka po operacjach tylko w niewielkim odsetku wykazują zwyrodnienie złośliwe, zwalczają niektórzy autorzy, dowodząc, że wrzody ze zwężeniem oddzwiernika lub dwudzielnością żołądka, t. zn. właśnie te, które dzięki objawom niedrożności podpadają częściej pod zabieg operacyjny, ulegają rzadziej zwyrodnieniu. Starano się nawet dać pewne wskazówki dla makroskopowego odróżnienia wrzodu i raka owrzodziałego. I tak Alvarez i Mac Casty w Ameryce podają w 1928 r. swe spostrzeżenia co do pomiarów wrzodów

modzelowatych i raków. Wrzody rzekomo nie przekraczają 2,5 cm. średnicy podczas gdy owrzodzenia nowotworowe mają średnicę powyżej tej granicy. Większość autorów godzi się na to, że tylko mikroskop może rozstrzygnąć nasze wątpliwości, czy mamy do czynienia z rakiem, czy z wrzodem modzelowatym. Bez badania drobnowidzowego, czego nie możemy uczynić, nie uzyskując preparatu żołądka, nie możemy się wypowiedzieć o losach chorego. Dlatego też naszem postępowaniem operacyjnem z wyboru winno być przy wrzodach żołądka — wycięcie — resekcja.

Kończąc to pobieżne rozważanie najaktualniejszych kwestyj z dziedziny raka żołądka stwierdzam na podstawie dawniejszych i nowszych danych statystycznych, że pomimo postępów w technice operacyjnej jesteśmy w stanie tylko nieznaczny odsetek chorych uratować, względnie życie na dłuższy przeciąg lat przedłużyć i od cierpień uwolnić.

Jedynym sposobem osiągnięcia lepszych wyników w leczeniu jest poza dalszem ulepszeniem techniki operacyjnej i postępowania przed i pooperacyjnego, dążenie do pewnego i ścisłego rozpoznania we wczesnym okresie rozwoju nowotworu.

Wszelkie objawy dyspepsji żołądkowej, choćby w łagodnej formie, występujące u osobników, przekraczających 40 rok życia, szczególnie po skromnych posiłkach, a uporczywie powracające mimo leczenia wewnętrznego, winny wzbudzić w nas podejrzenie na obecność raka. Chorych takich jesteśmy obowiązani poddać najdokładniejszemu badaniu klinicznemu stosując wszystkie nam obecnie dostępne sposoby i metody.

Rozstrzygający głos winna mieć rentgenologja, postępom której w dużej mierze zawdzięczamy możność wczesnego rozpoznania.

Jednakowoż istnieje około 30% przypadków, w których rentgenolog przy obecnym stanie wiedzy wypowiedzieć się nie może. W tych razach winniśmy chorych kierować do próbnego cięcia brzusznego, które wykonane w tym wczesnym okresie w znieczuleniu miejscowem żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawia. W zaden sposób niewolno nam obserwacji przedłużać i do dalszego rozwoju nowotworu dopuszczać.

Z powodu, że sprawa zwyrodnienia złośliwego wrzodu żo-

łądka pozostaje otwarta i nawet podczas operacji makroskopowo często go zróżniczkować nie jesteśmy w stanie, zabieg doszczętny — wycięcie — jest jedynie celowym sposobem operacyjnym, który należy zawsze wykonać, jeżeli tylko brak przeciwwskazań w ogólnym stanie zdrowia.

Należy każdy wrzód żołądka w starszym wieku uważać za podejrzany o zwyrodnienie i po bezskutecznej próbie leczenia wewnętrznego, która nie może długo trwać, poddać zabiegowi doszczętnemu, t, j. wykonać wycięcie, o ile tylko ogólny stan na to pozwala.

W ten sposób postępując będziemy mogli w obecnym stanie naszej wiedzy wczesne przypadki doszczętnie leczyć i poprawić dalsze wyniki trwałego wyleczenia.

Odstąpić od tego radykalnego sposobu rozpoznawczego, jakim jest próbne cięcie, będziemy mogli dopiero wtedy, gdy ulepszymy nasze metody badania.

W pierwszym rzędzie spodziewamy się tego postępu od rentgenologji.

III.

Rola radjologji we wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka.

podał

Dr. Med. B. KRYŃSKI.

Zarówno internista jak i chirurg sprowadzili wywody swoje do jednego mianownika: jedynie wczesne rozpoznanie raka żołądka daje szanse jego wyleczenia.

O wczesnem więc rozpoznaniu raka żołądka, do czego prawie wyłącznie powołana jest rentgenelogja, pozwolę sobie powiedzieć słów kilka w ramach dzisiejszego wieczoru dyskusyjnego.

Mamy dwa zagadnienia do rozstrzygnięcia: wczesne rozpoznanie przejścia dobrotliwej sprawy chorobowej w złośliwą i rozpoznanie wczesnej samoistnej sprawy nowotworowej.

Jeśli dziś rentgenologja z ufnością patrzy w przyszłość,

jeśli zdobyła sobie szacunek i uznanie, to zawdzięczamy to zdobyczom technicznym ostatniego czasu.

Nowoczesna aparatura, umożliwiająca nam dokonanie zdjęcia żołądka w 1 20 sekundy, pozwala nam zużytkować różniczkowo ostrość konturów i uchwycić wczesne nacieczenia ściany na najmniejszej chociażby przestrzeni. Obserwacja kinetyki żołądkowej na zdjęciach serjowych, tem przedwiośniu kinematografji, oddaje nam nieocenione usługi jeśli chodzi o stwierdzenie martwości linji lub unieruchomienia ściany żołądkowej. Wreszcie badanie układu śluzówkowego otwiera przed nami tajniki tylnej ściany żołądkowej, niedostępne dla zwykłego badania.

Z całego szeregu schorzeń dobrotliwych żołądka, dwie postacie mają specjalną tendencję do złośliwego zwyrodnienia: 1) duże przewlekłe owrzodzenie oraz 2) ostatnio coraz częściej wspominane powstanie raka na tle przewlekłego nieżytu śluzówki o charakterze przerostowym (gastritis prolif. chron.)

Owrzodzenie, wielkość którego sięga ponad pestkę wiśniową z umiejscowieniem w części przyodźwiernikowej, owrzodzenie uporczywie nie zmniejszające się pod wpływem racjonalnego leczenia, martwość linji jego otoczenia lub wystrzępienie w jego okolicy o charakterze „wygryzienia przez myszy" oto wskaźnik złośliwego zwyrodnienia.

Do tej postaci zbliżony, aczkolwiek zasadniczo różny, jest obraz rentgenologiczny nowotworu, rozwijającego się początkowo jak owrzodzenie. Tu spotykamy źródło omyłek, za które nie zawsze możemy winić rentgenologa, gdyż jedynie wrzodziejąca powierzchnia, bez cech zniszczenia otoczenia, niczem nie różni się w obrazie rentgenologicznym od zwykłego wrzodu. To są niekiedy te pomyłki rozpoznawcze, gdzie jeden rentgenolog, badając chorego, znajduje owrzodzenie, drugi zaś po krótkim czasie rozległy nowotwór.

By uniknąć podobnych omyłek winniśmy przy najmniejszym podejrzeniu lub wątpliwości żądać badania kontrolnego.

Czy i jak częste możliwe jest powstanie nowotworu na tle stanów kataralnych śluzówki, zanikowych czy przewlekłych, jest jeszcze dotychczas nie wyjaśnione. W ostatnich czasach dużo pisał o tem K o n j e t z n y oraz szereg innych autorów.

K o n j e t z n y znajduje w nowotworach żołądka wyraźny

współistniejący przewlekły zanikowo-przerostowy nieżyt śluzówki i twierdzi, wbrew przyjętym zapatrywaniom, że nieżyt śluzówki przy nowotworach jest zjawiskiem następczem, iż nieżyt ten jest natury pierwotnej.

Konjetznemu udało się stwierdzić na świeżych anatomicznych preparatach powolne przejście zmian nieżytowych w nowotworowe. Inni autorzy nie zgadzają się z tem jednak.

Jedno możemy uwarzać za dowiedzione, iż obraz nieżytu śluzówki, spotykany przy nowotworach odpowiada końcowym fazom stanów zapalnych (gastritis atroph. hyperplast. lub poly posa)., wtedy gdy przy owrzodzeniach t. zw. „Ulcusgastritis" mamy do czynienia ze zmianami charakteru ostrego lub podostrego. Jednocześnie twierdzą ci sami autorzy, iż przy owrzodzeniu spotyka się t. zw. „Antrumgastritis", wtedy gdy przy nowotworach „Pangastritis".

Orator twierdzi, iż resekcja tego rodzaju zmian nieżytowych równa się wczesnej operacji nowotworu.

Jak dalece możemy twierdzenie to uwzględnić pozostawiamy tematem do dzisiejszej dyskusji.

Przechodzimy do grupy nowotworów pierwotnych.

Ogólną ich cechą jest zmiana własności powierzchni śluzówkowej. Nas rentgenologów nie interesuje cecha wydzielnicza, gdyż tą zajmują się chemicy. Dla nas ma jedynie znaczenie cecha czynnościowa, konsystencja, wreszcie układ i przebieg fałd śluzówkowych. O fałdach tych przypominam Panom tylko, iż są one spowodowane aktywnym mechanizmem, zawartym w śluzówce i mają przebieg typowy dla danego odcinka przewodu pokarmowego.

Otóż jakie zmiany następują z chwilą tworzenia się sprawy nowotworowej? Pierwszy objaw to miejscowe zniszczenie ruchomości na przestrzeni, odpowiadającej ściśle nacieczeniu nowotworowemu.

Miejsce wczesnego nacieczenia leży jak martwa wyspa pośród ruchliwego morza układu śluzówkowego. Przy ruchach passywnych schorzały odcinek porusza się wespół z otoczeniem zanika jednak jego rozciągliwość, gaśnie własna zdolność układania się w fałdy, ruchy ściany mięśniowej załamują się, gdy dochodzą one do nowotworowego nacieczenia. Zmienia się

konsystencja powierzchni, która, z wyjątkiem niektórych miękkich postaci raka, staje się twarda.

Układ śluzowkowy zostaje zniekształcony, następuje zupełna gmatwanina, spowodowana uwypukleniami i wgłębieniami nowotworowemi. Jednem słowem ginie właśnie ta symetryczność, charakterystyczna dla danego odcinka, o której Panom przed chwilą mówiłem.

Zależnie od tego, czy sprawa nowotworowa posuwa się dalej więcej ekspansywnie, czy nacieczeniowo, obserwujemy oczywiście zupełnie różne obrazy. Wtedy gdy pierwsza postać coraz bardziej zbliża się do kalafioru, oddzielając się od otoczenia niekiedy ostrym wałem, druga posuwa się płasko, zajmuje większe przestrzenie i ma tendencję do stopniowego przejścia w część zdrową.

Zadaniem naszem jest rozpoznać nowotwór w jaknajwcześniejszym okresie, w okresie niedostępnym jeszcze dla badań internisty, i nieuchwytnym dla palca chirurga.

Dążeniem naszem jest przyśpieszyć zabieg chirugiczny W tym celu musimy stać się dobrymi patologo - anatomami in vivo. Musimy zgóry wiedzieć z jakimi rodzajami nowotworów możemy się spotkać i jakie każdy z nich ma właściwości.

Ogólnie przyjęta jest obecnie u rentgenologów klasyfikacja Berrmana.

Dzieli on nowotwory żołądka na 4 grupy.

Do pierwszej należą t. zw. raki śluzówkowe. Są to silnie prominujące, oddzielające się ostro od otoczenia, siedzące na szerokiej podstawie nowotwory polipowe z nieznacznem owrzodzeniem.

Do drugiej należą nowotwory o rozrychlonych brzegach z rozległem owrzodzeniem powierzchni, oddzielające się od otoczenia grubym wałem, który też jest faktyczną granicą między tkanką chorą, a zdrową.

Do trzeciej zaliczamy nowotwory podobne zewnętrznie do drugiej, z tą jednak różnicą, iż brak jest ograniczającego wału. Nacieczenie nowotworowe stopniowo przechodzi w tkankę zdrową. To są te nowotwory, które posuwają się dalej w podśluzówce, niewidoczne dla oka.

Do czwartej wreszcie — mniej, lub więcej rozległe nacieczenia ścianek, posuwające się od odźwiernika do wpustu przeważnie bez owrzodzeń, bez danych namacalnych dla oceny stopnia ich rozpowszechnienia.

Dla nas, dla naszego różniczkowego rozpoznania, ważne jest wiedzieć, iż pierwsza grupa stanowi zaledwie 6—5 % wszystkich nowotworów żołądka. Rozwój ich następuje przeważnie do jamy żołądkowej.

Częściej spotyka się nowotwory grupy drugiej, usadowione przeważnie na dnie żołądka, na przedniej lub tylnej ścianie dużej krzywizny.

Te wysepkowe, ekspansywnie rosnące, miskowate guzy, których owrzodzenia prowadzą niekiedy do przedziurawienia uważane są przeważnie za t. zw. „Ulcuscarcinome".

Główny kontyngens nowotworów żołądka tworzą guzy grupy III-ej.

Jest to przejściowa postać, między nowotworem, ograniczonym wałem, a rozlewającym się w otoczeniu, ulubionem umiejscowieniem których są części: przyodźwiernikowa i przywpustowa.

Te nowotwory z punktu widzenia klinicznego uważać należy za bardzo złośliwe z tendencją do wczesnych przerzutów. Tego rodzaju nowotwory, jak twierdzi Konietzny, często idą pod fałszywym rozpoznaniem: „Ulcus callosum"

Do czwartej grupy należą dwie postacie: bardzo złośliwy „scirrhus", rzadko atakujący cały żołądek i rozlany prawie na całej przestrzeni „carcinoma fibrosum".

Przy postaci „scirrhus" spotykamy konsystencję niekiedy miękką częściej jednak twardą, jak chrząstka. Towarzyszą prawie zawsze zniekształcenia wskutek zmarszczenia.

Przy „Ca.fibrosum" widzimy grube, jak kiełbasa, podłużne fałdy, których przekrój zmniejsza się stopniowo w stronę wpustu. Procesy zwężające, obejmujące całą ścianę całego żołądka prowadzą do zmniejszenia żołądka w całości z zachowaniem jego kształtu. Równomierne stwardnienie całego narządu prowadzi albo do zwężenia, albo niedomogi odźwiernika.

Do tej grupy należą przypadki t. zw. „Microgastrie" oraz wedle Konietznego także niektóre postacie „linitis plastica".

Jeśli pozwoliłem sobie zająć uwagę Panów tymi szczegó-

łami, to uczyniłem to dlatego, iż każda z tych postaci ma swój odpowiednik w obrazie rentgenologicznym śluzówki, odczytanie którego równa się wczesnemu rozpoznaniu nowotworu.

Badanie śluzówki żołądka jest jedną tylko z części, niekiedy najważniejszą, całokształtu badania rentgenologicznego żołądka i tylko w związku z tem ostatniem stosowane być winno. Badanie żołądka jest nierozłącznie związane z badaniem i dwunastnicy.

Podając ocenie krytycznej wyniki badania śluzówki, otrzymamy następujące wytyczne:

Za nowotworem bujającym przemawia raptowna przerwa w przebiegu fałd i tworzenie się wału dookoła. Tuż poza guzem, w zdrowej jeszcze części śluzówki spotykamy niekiedy zupełnie atypowy przebieg fałd.

Unieruchomienie większej, lub mniejszej przestrzeni żołądka z drobno pagórkowatą, lub zupełnie spłaszczoną powierzchnią — to cechy nowotworu o charakterze nacieczeniowym.

Zawsze winna być dokonana próba odczytania z obrazu rentgenologicznego postaci makroskopowej nowotworu, a to ze względu na to, iż wyprowadzenie wniosków tylko z wielkości guza, co do szans jego operacyjnego usunięcia prowadzi często na manowce.

Jak przedstawia się w cyfrach statystycznych nasza zdobycz?

Jeszcze przed dwoma laty statystyka z najlepszych klinik niemieckich obejmowała 26% nierozpoznanych rentgenologicznie nowotworów żołądka. Obecnie sięga ona maksymalnie 10%. Te 16% należy przeważnie do grupy nowotworów wczesnych. 10% pozostaje jednak i teraz nieuchwytnych dla oka najwytrawniejszego rentgenologa, posługującego się nowoczesną aparaturą, (warunek zresztą konieczny) i nowoczesną techniką badania. Dorzućmy do tego conajmniej jeszcze 10% dla rozpoznań wątpliwych. Otóż te 20 proc. przez usta rentgenologa apeluje do internisty: mniej wstrzemięźliwości, częściej biopsia in vivo, a odsetek ofiar wyrwanych z objęć męczącej śmierci zmniejszy się znacznie.

Proszę Panów! Oprócz znaczenia rozpoznawczego promienie Roentgena mają i znaczenie lecznicze. O stosowanie ich w nowotworach wogóle, a w nowotworach żołądka w szczególe toczy się walka nie od dzisiaj. Gdybyśmy chcieli mówić o tem szczegółowo, musielibyśmy poświęcić znacznie więcej czasu, niż kwestji rozpoznania nowotworu. Nie jest też celem dzisiejszego wieczoru zająć się tą kwestją. Mówiąc jednak o operacji nie możemy pominąć i tego czynnika leczniczego. Nie będę Panów nudził statystykami, w których zresztą zarówno zwolennik, jak i przeciwnik tej metody leczenia znajdzie wystarczające dla jego potrzeby argumenta.

Podzielę się z Panami tylko osobistem swojem doświadczeniem, obejmującem setki przypadków z czasów mojej działalności jako długoletniego kierownika pracowni rentgenologiczno—radowej kliniki Uniwersytetu we Freiburgu i materjału Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka.

Mamy do czynienia z nowotworem, nadającym się do operacji, niezależnie od jego budowy histologicznej, winniśmy bezwzględnie radykalnie operować! Po operacji zaś systematycznie naświetlać i to dawkami średniemi. Stosowanie dużych dawek promieni ultratwardych uważam za szkodliwe.

Mamy przypadek nie nadający się do operacji, a stan ogólny chorego pozwala jeszcze na walkę z wrogiem, zdolny jest jeszcze zareagować na silny bodziec, jakim jest promieniolecznictwo, uważam, iż należy naświetlać i to bardzo energicznie, przyczem nie jestem zwolennikiem zbytnio rozwleczonych dawek.

Naświetlanie chorego w stanie silnego charłactwa uważam wprost za przyspieszenie śmierci.

Posługiwać się musimy nowoczesną aparaturą, gdyż jakość wydobytych z aparatu promieni jest główną rękojmią naszego sukcesu leczniczego.

Ze Szpitala Żydowskiego w Wilnie.
(Naczelny Lekarz Dr. A. Wirszubski).

Zagadnienie przedziurawienia wrzodu trawiennego *).

Podał
Dr. Aleksander KAPŁAN (Wilno).

Chory M.rduch N. z m. Podbrzesie, szewc, 49 lat, został przyjęty do szpitala miejskiego żydowskiego dn. 1 listopada 1929 r. Chory od lat 13, choroba przebiega okresowo; stan chorego pogorszył się w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Uskarża się na silne bóle w dołku podsercowym, odbijania, zgagę i wymioty. Bóle osiągają najwyższe nasilenie w $^1/_2$—1 godzinę po spożyciu pokarmu. Łaknienie upośledzone, skłonność do zaparcia. Język bardzo obłożony. Przy omacywaniu brzucha — ból uciskowy powyżej pępka, w prawo od linji środkowej. Dn. 2 listopada w wydobytej naczczo zawartości żołądka resztek pokarmowych brak; śluz – obecny; kwasota ogólna 60, wolny kwas solny — 48. Dn. 3 listopada badanie treści żołądkowej po pr. śn. nie wykazało resztek pokarmowych z dnia poprzedniego; dużo śluzu; kwasota ogólna — 59; wolny kwas solny — 37. W moczu — nic szczególnego. Rentgen (Dr. Margolis): „Żołądek duży, opuszczony, napięcie i ruchy robaczkowe normalne, przesuwalność prawidłowa, ubytków cieniowych niema; opróżnienie opóźnione: po 1 i pół godzinie żołądek zawiera jeszcze cały pokarm kontrastowy; opuszka dwunastnicy normalna."

Rozpoznanie kliniczne — *Ulc. ventric. ad pylorum.*

Dn. 3 listopada przepisano choremu Arg. nitr. i alkalja. Nazajutrz samopoczucie pacjenta lepsze, bóle mniejsze. Dn. 5 listopada, o godz. 7 rano, nagle wystąpiły gwałtowne bóle w brzuchu, mdłości i wymioty; kolosalne napięcie powłok brzusz-

*) Wygłoszone na posiedzeniu Wil. Tow. Lekarskiego oraz Związku Lekarzy-Żydów w Wilnie.

nych („brethart"); tętno 80—90. Po naradzie z chirurgiem chory został przeniesiony na oddział chirurgiczny celem natychmiastowego wykonania operacji z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka.

Operacja wykonana o godz. 12 przez D-ra Załkindsona. Podczas operacji stwierdzono *Ulcus callosum perforatum* przedniej ściany odźwiernika; dookoła dużo zrostów; na dnie wrzodu o dość grubem podłożu napotyka się resztki barytu; też same resztki w żołądku i w jelitach. W jamie brzusznej, przeważnie w górnej jej części, resztki zawartości żołądkowej, która przeszła przez otwór; na otrzewnej — objawy zapalne. Otwór zaszyto, przykryto siecią i dokonano tylnej gastroenterostomji (sposobem von Hacker'a). Przebieg pooperacyjny z początku pomyślny. Na 10-y dzień zdjęto szwy, gojenie *per primam*. Natomiast na 12 dzień sprawa się powikłała przez rozchodzenie się brzegów rany; w dalszym ciągu — gojenie *per secundam*. W pierwszych dniach po operacji wystąpiło nieżytowe zapalenie płuc na tle gruźlicy; w plwocinie wykryto laseczniki Kocha. Dn. 22 grudnia chory został przeniesiony do Sanatorjum Toz'u, gdzie zmarł po kilku dniach.

Przytoczony przypadek zwraca naszą uwagę na zagadnienie przedziurawienia wrzodu trawiennego i środków zapobiegawczych. Przeglądając odnośne piśmiennictwo, zatrzymaliśmy się na najbardziej wyczerpującej to zagadnienie pracy Panek'a [1]) z kliniki chirurgicznej Hochenegg'a w Wiedniu, ogłoszonej w „Med. Klin." w r. 1927.

Spostrzeżenia Panek'a obejmują 36 przypadków przedziurawienia wrzodu żoł. i dwunastnicy spostrzeganych od 1910 do 1926 roku. Z tej liczby 31 przypadków u mężczyzn i 5 u kobiet, 13 przypadków wrzodu dwunastnicy i 23 — wrzodu żołądka. Taki stosunek liczbowy zgadza się naogół z liczbami, podanemi przez innych autorów. Panek nie wspomina o umiejscowieniu wrzodu w przypadkach przedziurawienia: w ogromnej większości przypadków — podług Boas'a w 80 proc., miejscem tem bywa przednia ścianka żołądka lub 12-cy, t. zn. właśnie

---

[1]) Panek. „Über Ulcusperforationen im Anschlusse an Röntgenuntersuchungen". M. Kl. 1927 Nr. 39.

to miejsce, w którem, jak wiadomo, wrzody się spostrzega najrzadziej. Czy naogół wrzód trawienny często ulega przedziurawieniu? Liczby, podane przez różnych autorów, wahają się w szerokich granicach: od 1,2 proc. podług Leube'go do 13 proc. podług Gerhardt'a. Możliwe, że rozbieżność tych liczb tłumaczy się tem, że pewna część przedziurawień odpada z obserwacji internistów, trafiając bezpośrednio do chirurgów. Ciekawe, iż klinicysta tej miary, co Boas [2]), w ciągu kilkudziesięciu lat zaobserwował tylko trzy przypadki przedziurawienia. Ja osobiście miałem sposobność widzieć pośród licznego materjału ambulatoryjnego i szpitalnego zaledwie trzy przypadki.

Nad rozpoznaniem przedziurawienia wrzodu trawiennego nie będę dłużej się zastanawiał: jest ono łatwe w przeważnej części przypadków już z tej chociażby racji, że opiera się na typowym wywiadzie; bardziej trudne jest tam, gdzie wywiad nie jest typowy, a jeszcze trudniejsze, gdzie w wywiadzie brak wszelkich danych co do obecności wrzodu trawiennego. Na oddział chirurgiczny Szpitala żydowskiego nieraz trafiały przypadki przedziurawienia, powstałego zupełnie niespodzianie u osobników, którzy dotychczas nie wykazywali żadnych objawów chorobowych ze strony narządu trawienia. Jest rzeczą zrozumiałą iż w zagadnieniu przedziurawienia, które stanowi tak alarmujący a nieraz i tragiczny moment w naogół łagodnym dotąd przebiegu choroby, zajmuje nas nie tyle strona statystyczna czy też rozpoznawcza, ile przedewszystkiem — kwestja zapobiegania. Czy daje się przewidzieć niebezpieczeństwo przedziurawienia? Czy istnieją ścisłe oznaki zbliżającej się katastrofy? Czy wiemy dokładnie, jakie przyczyny powodują przedziurawienie lub uspasabiają do niej? Jak trudną jest odpowiedź na te pytania, świadczy już wspomniany fakt, że przedziurawienie może nastąpić u osobnika, rzekomo zupełnie zdrowego. A gdy nawet wiemy o istnieniu wrzodu, to jednak posiadamy zbyt mało cech rozpoznawczych, pozwalających na wyróżnienie przypadków, grożących perforacją. Zdawałoby się, iż wrzody świeżo powstałe ulegają rzadziej przedziurawieniu, niż istniejące oddawna. Naogół — istotnie tak jest; tem niemniej jednak wśród materjału

[2]) Boas. „Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten". 1925. S. 468.

Panek'a mamy sześć przypadków przedziurawienia wrzodów świeżych, czas trwania których nie przekracza sześciu miesięcy. A gdy już wiemy, że większą skłonność do przedziurawienia okazują stare wrzody — zwłaszcza *ulcus callosum* i *ulcus penetrans*, to i tu jednak nieraz zawodzi nas nadzieja ścisłego rokowania, gdyż, jak wspomnieliśmy, przedziurawieniu ulegają przeważnie wrzody przedniej ściany żołądka i 12-cy, umiejscowienie zaś wrzodu na przedniej ścianie uniemożliwia rozpoznanie t. zw, „niszy", stanowiącej najbardziej pewny i objektywny objaw głębokiego przenikania wrzodu. Tak było też i w naszym przypadku.

Zastanawiając się nad warunkami, sprzyjającymi powstaniu przedziurawienia wrzodu, chciałbym ująć tę sprawę z innego jeszcze punktu widzenia. Przecież badania patologo-histologiczne ostatniej doby — przytoczę np. tak głośne teraz prace Konietzny'ego — w przeciwieństwie do dawnych poglądów, dowodzą niezbicie, iż podłoże anatomiczne wrzodu trawiennego stanowią prawie zawsze zmiany zapalne ściany żołądka lub 12-cy. Zmiany te mogą być w różnym stopniu nasilenia, poczynając od najmniejszych, wykrywanych za pomocą mikroskopu, do najcięższych, okazujących też i klinicznie typowy obraz nieżytu żołądka. Otóż te właśnie przypadki współistnienia typowego wrzodu z niemniej typowym nieżytem są, zdaniem mojem, najbardziej zagrożone, gdyż tutaj wrzód, przenikając wgłąb, nie napotyka należytego oporu ze strony zapalnie zmienionej, rozpulchnionej i podatnej ściany narządu. Tak było i w przedstawionym tutaj przypadku.

Co się tyczy usposabiających do przedziurawienia czynników, to możemy je podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne. Do pierwszych należą przypadkowe urazy lub też długotrwałe systematyczne uszkodzenia żołądka, jak np. ciągły ucisk na okolicę dołka podsercowego, jaki ma miejsce przy wykonywaniu pracy szewckiej; do tego rodzaju przyczyn, można też zaliczyć stosowanie nie dość subtelnej i zbyt energicznej palpacji podczas badania klinicznego, czy też rentgenologicznego. Do uszkodzeń z wewnątrz pochodzących możemy zaliczyć spożywanie nieodpowiednich pokarmów i to w nadmiernej ilości, a poniekąd też i używanej do rentgena kaszki barytowej.

Wyczerpujące dane podaje P a n e k. Otóż z liczby 36 przypadków przedziurawienia wrzodu żołądka i dwunastnicy, w 12 przypadkach nie można było wykryć jakiejkolwiekbądź przyczyny, powodującej; przedziurawienie, w 5 przypadkach przyczyną tą było nieumiarkowane picie i jedzenie, w jednym przypadku — wymioty, w dwóch trzęsąca jazda i szybkie chodzenie, w sześciu — nadmierny wysiłek fizyczny i w ośmiu — poprzedzające przedziurawienie badanie rentgenologiczne. Na tym ostatnim punkcie, jako najbardziej spornym, a z punktu widzenia praktycznego — ważnym, zatrzymam się nieco dłużej. Przedewszystkiem należy zastrzec, iż związek przyczynowy między przedziurawieniem a badaniem rentgenologicznem może być uznany li tylko z pewną miarą prawdopodobieństwa: wystarczy przytoczyć przypadek, opisany przez P a n e k'a, w którym perforacja nastąpiła z chwilą, gdy chory przekroczył próg pracowni rentgenologicznej, a jeszcze nie zdążył spożyć kaszki barytowej; rzecz naturalna, że gdyby przedziurawienie zdarzyło się o parę minut później, jużby było zaliczone na karb badania rentgenologicznego. Tem nie mniej jednak—nie powinniśmy zapominać o możliwości takiego związku przyczynowego, a ten związek będzie tembardziej prawdopodobny, im krótszy odstęp czasu oddziela przedziurawienie od badania rentgenologicznego. Z liczby 8 przypadków P a n e k'a w 4 przedziurawienie nastąpiło bezpośrednio lub w kilka godzin po badaniu rentgenowskiem, w 4 zaś po upływie czasu od 30 godzin do 6 dni. Oczywiście w tej ostatniej grupie przypadków wpływ badania rentgenologicznego na przedziurawienie jest albo względny albo wogóle wątpliwy. Aby sądzić o tej kwestji objektywnie, uwzględnijmy następujące fakty: w okresie zaognienia wrzodu zaleca się choremu, jak wiadomo, djetę polegającą na spożywaniu 100 gramów mleka lub mleka ze śmietanką co godzinę; ciężar gatunkowy mleka — 1,032. Przy badaniu rentgenologicznem chory otrzymuje kaszkę barytową, składającą się z ośmdziesięciu do stu pięćdziesięciu gramów barytu i około pół litra płynu lub kaszy; ciężar gatunkowy barytu — 3,75, t. zn. prawie cztery razy większy niż ciężar gatunkowy mleka, zaś całkowita porcja masy kontrastowej waży prawie dziesięć razy tyle, ile jedna porcja mleka. Jasne, jak daleko przekracza takie badanie ramy djety, stosowanej przy leczeniu

owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy. Mamy tu na myśli te okresy w przebiegu choroby, kiedy dochodzi ona do swego punktu kulminacyjnego, co się objawia w silnych bólach, krwawych wymiotach i stolcach i t. d., lub też posuwa się do takich zmian anatomicznych, które mogą na rentgenie ujawniać się w postaci małej, a tem bardziej — dużej „niszy". Właściwie nie stanowiłoby szczególnej niedogodności, gdybyśmy się powstrzymywali w tych najbardziej krytycznych okresach od badania rentgenologicznego, przystępując do niego dopiero wtedy, gdy ostre natężenie sprawy chorobowej już minęło. Panek ostrzega zwłaszcza rentgenologów przed używaniem *distinctor'a*, zgadzając się raczej na stosowanie jedynie tylko ręcznej palpacji. Dalej — zaleca on modyfikację badania, stosowaną w pracowni rentgenologicznej kliniki Hochenegg'a w Wiedniu: choremu podaje się masę kontrastową, składającą się z 40 gramów barytu w $^1/_4$ litra kaszy, zaś dla badań kontrolnych — 40 gr. barytu w $^1/_4$ litra wody. Czy ten sposób dałby się i u nas zastosować, zechcą o tem decydować koledzy-rentgenolodzy.

Ciekawem jest, jaki wyraz znalazła sobie w praktyce tak ważnej dziś sprawy, jak ubezpieczenie społeczne, trudność ustalenia związku przyczynowego miedzy działaniem czynników szkodliwych a przedziurawieniem wrzodu trawiennego; jako ilustracja może służyć protokół ekspertyzy, ogłoszonej niedawno przez profesora Cobet w artykule pod tytułem *„Trauma und Ulcusperforation, erläutert an der Hand eines Obergutachtens"* *); mowa tu w krótkiem streszczeniu o następującym przypadku: robotnik, padając przy robocie przy maszynie, uległ przedziurawieniu wrzodu i po dokonanej operacji zmarł. Wdowa wszczęła sprawę sądową o odszkodowanie. Lecz dopiero po całym szeregu orzeczeń, wydanych przez biegłych, w tej liczbie paru profesorów medycyny, wyższa instytucja ubezpieczeniowa uznała żądanie wdowy za uzasadnione. Pośród wspomnianych opinij były i tej treści, że perforacja nie nastąpiła wskutek urazu, lecz odwrotnie — dopiero po przedziurawieniu robotnik stracił równowagę i upadł. Przeważające okazało się zdanie, iż uraz w tym wypadku był pierwotnym i przyczynowym momentem,

*) Med. Kl. 1929 Nr. 46.

i że wystąpienie objawów przedziurawienia bezpośrednio po urazie jest tego dowodem. W swoim rozbiorze tego przypadku zwraca Cobet uwagę na jedną okoliczność, ważną z punktu widzenia jak klinicznego, tak i sprawy ubezpieczenia społecznego: robotnik, o którym była mowa, w kilka miesięcy przed wypadkiem leżał w szpitalu, gdzie stwierdzono nadkwaśność żołądkową, obecność zaś wrzodu podejrzewano, lecz ostatecznie nie ustalono; chory, bez przeprowadzenia badania rentgenologicznego, otrzymał alkalja i został wypisany, jako zdolny do pracy. Cobet sądzi, że gdyby chory był poddany badaniu rentgenologicznemu, bardzo możliwe, że rozpoznana byłaby już daleko posunięta choroba, i bardziej intensywne leczenie zachowawcze czy też ewentualnie chirurgiczne zapobiegłoby katastrofie. Jeśli więc spostrzeżenia Panek'a nawołują do ostrożności w stosowaniu rentgena w owrzodzeniu żołądka wzgl. dwunastnicy, to doświadczenie Cobeta z drugiej strony poucza, iż zaniedbanie tego sposobu badania może sprowadzić fatalne następstwa.

Co do leczenia, zasadniczo każdy przypadek przedziurawienia — niezwłocznie po ustaleniu rozpoznania — winien być przekazany chirurgom. Panek operował 33 przypadki. Przedziurawiony wrzód obszywano i dokonywano *gastroenterostomji*; wyniki — pomyślne, cyfra śmiertelności stanowiła 9 procent; dwuch chorych zmarło wskutek zapalenia otrzewny, które powstało jeszcze przed operacją, jeden z operowanych padł ofiarą ropnia wątroby. W jednym z ostatnich zeszytów La Presse méd. (Nr. 64 r. b.) Ricard podaje 20 swoich przypadków, operowanych z powodu przedziurawienia wrzodu trawiennego, przyczem odsetek śmiertelności sięgał cyfry 20. Zgodnie z informacją, udzieloną mi przez jednego z kolegów chirurgów, w przypadkach przedziurawienia, operowanych przez niego w miejscowym szpitalu Żydowskim w ciągu lat ostatnich, cyfra śmiertelności nie przekraczała 10 procent.

O mechanizmie działania wód mineralnych czyszczących, chlorowo-sodowych w cierpieniach kiszek pochodzenia bakteryjnego (Teorja Sanarelli'ego). [1]

Podał i omówił
Ignacy GRUNDZACH

Jeżeli zamierzyłem temat ten omówić, uczyniłem to dlatego, że w balneologji każdy przyczynek teoretyczny czy doświadczalny wielką ma wagę ze względu na luki, jakie w tej dziedzinie panują. Promieniotwórczość wód nie była wstanie objaśnić wszystkiego, gdyż istnieją wody, nie zawierające radu, stosowane leczniczo z wielkim dla chorych pożytkiem. Dalej już posunęły się prace w dziedzinie wpływów katalitycznych [2]. Obecnie jesteśmy w okresie badania wód mineralnych na podstawie teorji jonów i ich wpływu na ustrój i narządy poszczególne. S. Cytronberg [3] w dziele swoim temat pokrewny porusza. Teorja S. ma cechy oryginalności, a doświadczenia jego, jak zobaczymy, bardzo są przekonywające [4]).

Dotąd przypuszczano, że wody takie, jak Châtel-Guyon, wogóle wody gorzkie lub mocne solanki działają w sposób czysto mechaniczny, usuwając szkodliwą zawartość kiszek (charakteru bakteryjnego lub toksycznego), tą drogą wywierają swój

---

[1]) Odczyt wygłoszony w Pols. Tow. Gastrologicznem dnia — Października 1929 r.

[2]) S. Kramsztyk. O wodach min. naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem. War. Czas. Lek. 1928. Nr. 14—16.

[3]) Rozdział: O działaniu stężonych i rozcieńczonych wodnych roztworów soli i nieelektrolitów, stosowanych jako środki czyszczące (Laxantia salina, wody zdrojowe). Dzieło: Fizjologja, Patologja i Klinika przew. pok. w świetle poglądów chemji fizycznej.

[4]) Komunikat, złożony na Kongresie Międzynarodowym Hydrologji i Klimatologji w Bruxelli (1925 r.).

wpływ leczniczy. Jamin i Sallinger tak właśnie uzasadniali wpływ leczniczy tych wód.

To skłoniło S. aby zaznaczył, że takie pojęcie o działaniu wód, oddawna przyjmowane też i co do wody Montecattini, solanki sodowej, nie da się dalej utrzymać. Przypuszczenie to np. co do wody Châtel-Guyon zbił Pessez, który dowiódł, że po 10 dniach leczenia temi wodami liczba drobnoustrojów w kale zamiast się zmniejszyć wzrosła o 100%. To się dziwnie nie zgadza ze skutkami wód Montecattini, taką sławę mających od czasów zamierzchłych w leczeniu ostrych i przewlekłych schorzeń żołądka i kiszek. Woda M-i, jak przekonały S. badania doświadczalne w Rzymskim Instytucie Hyg., nie tylko nie powiększa tej liczby, lecz sprowadza ją do cyfr minimalnych. Tu należy dodać, że w pracy innej, wygłoszonej w Wydz. Lek. Tuluzy, S. zupełnie przeinaczył poglądy nasze na pochodzenie cierpień kiszkowych, na autointoksykacje i na zakażenia kiszkowe, nawet natury specyficznej. Dowiódł on, mianowicie, że mechanizm działania drobnoustrojów, które wywołują schorzenia żoł.-kiszkowe, jest zgoła inny, jak dotąd uznawany. S. podaje swoje poglądy, zdobyte doświadczalnie, które pozwalają zrozumieć dobroczynne działanie wód czyszczących. Dotąd nie rozumiano działania tych wód, gdyż poglądy na mechanizm powstawania schorzeń zakaźnych były błędne. Przypuszczano dotąd, że drobn. specyficzne schorzeń kiszkowych (duru, paratyfusów, cholery, czerwonki i t. p.) dostają się do kiszek wraz z pokarmami, tam się rozmnażają i tworzą trujące produkty. Ciała te wchłonięte dają jakoby cały charakterystyczny zbiór objawów. S. dowiódł, że zakażenia te pochodzą ze krwi. Dur, czerwonka i cholera nie dosięgają kiszek przez żołądek. Narząd ten drobn. te unieszkodliwia; to samo czynią i prawidłowe wydzieliny jelitowe. Droga, którą wkraczają te mikroby jest inna; to — migdały, twory limfatyczne gardzieli, które stale wchłaniają drobnoustroje z jamy ustnej. Są to bakterje duru, cholery i czerwonki, mające własność, którą S. nazywa enterotropizmem. Zkądkolwiek się one dostaną do ustroju sadowią się drogą krążenia w ścianach kiszek, gdzie wdrążają w błonę podśluzową, szczeg. zaś w twory limfatyczne (chłonne), znajdujące się tam w obfitości; tu się rozmnażają, tu tworzą jady specyficzne, zmiany anatomiczne

i objawy chorobowe, właściwe danemu cierpieniu. Zapewne nie wszystkie tu zostają, gdyż prawidłowa błona śluzowa jest rodzajem filtru, b. energicznego i ważnego dla ustroju, który usuwa wiele szkodliwych i niepotrzebnych ciał. Tak wydziela się: rtęć, mangan, arszenik, żelazo, pepton, strychnina, morfina i t. d. Tak dzieje się wówczas, gdy błona jelitowa jest normalna.

Jak każdy narząd, stale czynny, ulega bł. śluzowa jelit zaburzeniom. — Jasne więc jest, że stan i skład kolloidów bł. kiszkowych i tworów chłonnych wówczas też ulega zmianom, a zmiany te pociągają przesunięcia jonów i co za tem idzie zmianę lub odwrócenie znaków elektrycznych. Zmiana znaków elektr. może tym mikrobom, które prawidłowo przechodzą przez bł. śluzową, utrudnić ich swobodne przechodzenie na powierzchnię bł. śluzowej i ich wydalanie. A oto dlaczego. Wiemy, że drobne cząsteczki materji organicznej nabierają w wodzie, zawierającej elektrolity, własności kolloidalnych, a przeto i znaków elektr., pochodzących od jonów tych elektrolitów, które stanowią cząstkę. To samo dzieje się z bakterjami, każda ma znak + lub — (ultradrobnowid) i jak wiemy równoznaczne odpychają się, zaś różnoznaczne — przyciągają Gdy więc bakterje natrafią na cząsteczki tegoż znaku elektr, odepchną się i będą wydalone przez błonę śluzową jelit, lub w przeciwnym razie (różne znaki elektrycznel) zostaną w ścianach kiszek, a więc — w siatkach tkanki chłonnej i gruczołach bł. śluzowej. Tam usadowione rozmnażać się będą i tworzyć ognisko mniej lub więcej niebezpieczne dla ustroju. Jest zupełnie możliwe, że tu należy szukać przyczyny wielu cierpień kiszkowych, które objaśniano dotąd w sposób różny i często fantastyczny.

Działanie lecznicze wód Montecatini jest czasem tak nadzwyczajnie szybkie, że osiąga się w dni parę skutki zadziwiające. S. znał chorych, którzy od dawna nie mogli się żywić należycie, mieli wstręt do jedzenia i osłabienie czynności trawiennych. Parę dni leczenia wywoływało łaknienie, czynność prawidłową kiszek, dobre samopoczucie i radość życiową. Tłomaczono to sobie tem, że wody czyszczące, a szczególnie, chloro-sodowe M-i, w swoim rodzaju jedyne, tylko czyszczą i wydalają zawartość jelitową. Bynajmniej nie jest to przekonywujące. Dziwny ten mecnanizm działania tych wód mineralnych

można sobie wyjaśnić na zasadzie teorji S. o enterotropizmie pewnych laseczników i sadowienia się ich w ścianie jelit, a to — w myśl wspomnianej a nowej wiedzy o mechanizmie cząsteczek koloidalnych. Zmiana koloidalna lub uszkodzenie cząsteczek w tkankach powoduje przesunięcie jonów i odwrócenie ich znaków elektro-dodatnich na ujemne i odwrotnie. Zwykle ustrój stara się sam własnemi siłami wydalić szkodliwe laseczniki, jako ciała obce i niebezpieczne — jedynie drogą zmiany ładunku elektr. swych chorych tkanek kiszkowych na prawidłowy, tak, aby one posiadały znów znak elektr. jaki posiadają drobnoustroje (zwykle — ujemny). Nie zawsze mu się to jednak udaje. To połączenie — kompleks koloidalny bakteryjno-tkankowy trudno nieraz rozłączyć. Tu dopiero elektrolity roztworów solnych (czyszczących) wpływ swój wywierają. Rzecz prosta, działają tu tylko te sole, które się rozpadają w roztworach wodnych na jony właściwe, które, wkraczając w tkanki jelitowe, zmieniają połączenia koloidalne i znaki elektr. na prawidłowe; w ten sposób drobnoustroje mogą być wypchnięte z tkanek na powierzchnię błony śluzowej, unieszkodliwione i wydalone. Elektrolity w zależności od swych jonów łączą się z koloidami tkanek i tworzą kompleksy, gdzie jony elektrolitów są stosunkowo niezależne i związane z koloidami przez znaki przeciwieństwa elektrycznego. Tkanki i ich odczyn stają się albo kwaśne albo zasadowe w zależności od działania jonów elektrolitycznych, mocniej lub słabiej związanych z koloidem tkanek — w warunkach hydrolizy. Błona kiszek jest, jak wszystkie tkanki ustroju, ciałem koloidalnem, składa się więc z t. zw. „micelli", te zaś posiadają pewien znak elektr., który może się zmieniać w warunkach najrozmaitszych.

Zobaczmy, jaki wpływ wywrzeć tu może woda mineralna sodowo-chlorowa.

Chlorek sodu (NaCl) rozpuszczony w wodzie rozkłada się na jony dodatnie i ujemne, dodatnie — katjony Na zamienić się mogą na zasady, ujemne — anjony (Cl) — na kwas, zawsze w warunkach hydrolizy. Nie należy zapominać o powyżej wspomnianej podstawie fizyczno-chemicznej, t. j. o wzajemnem przyciąganiu się jonów różnoznacznych, a — odpychaniu jednoznacznych. Każdy z nich wpływa na koloidy bł. śluzowej i stosownie

do ich znaku albo się z niemi łączy albo odtrąca od nich. To może i musi wpłynąć na rozłączenie się poprzednich chorobowych połączeń koloidalno-bakteryjnych, gdyż następuje odnowa tych tkanek i powrót ich czynności prawidłowych. Tkanki usuwają, odpychają bakterje ku powierzchni bł. śluzowej, która je unieszkodliwia i wydala. Pomaga tu prąd wody, idący do jamy jelitowej. Tkanki kiszek, stając się kwaśne lub zasadowe, przyciągają wodę z ustroju w obfitości, a zbytek tej wody oddają jelitom przez przesięk. To przyciąganie wody trwa, dopóki elektrolity czy to kwaśne czy zasadowe, które tę hydrofilję wywołują, nie będą wydalone. Działanie solanek tych jest krótkie, a koloidy tkanek kiszkowych wracają wówczas do swych czynności prawidłowych. Tak tłomaczyć się dają: pragnienie i płynne wypróżnienia. Przesięki te ze swej strony, jak wyżej wspomniano, wydalają z tkanek i tworów chłonnych bakterje, wytrącone z połączeń koloidalnych przez zmianę znaku elektr. na prawidłowy.

W ten sam sposób wydalają się i toksyny — również ciała koloidalne. Jest to „demikrobizacja i dezintoksykacja" bł. śluzowej. Wody mineralne czyszczące czynność tę spełniają w sposób zadziwiający, a często — wcale nie z powodu głównego czynnika mineralnego, znajdującego się nieraz w ilościach skromnych, nieczyszczących, a z powodu wyżej wyłuszczonego wpływu elektrolitów. Czasem „Tettucio" (soli 4,6$^0/_{00}$), bynajmniej nie czyszcząca, na pewne kiszkowe schorzenia działa lepiej niż najmocniejsze solanki tegoż zdrojowiska, a więc działanie jej zależy nie od ilości soli czyszczących, ale od szczęśliwej kombinacji elektrolitów, którą trudno albo i niemożliwe jest sztucznie wytworzyć. Tworzy je jedynie laboratorjum przyrody. Tej mieszaniny nie możemy naśladować, choćbyśmy złączyli w roztworze wszystkie ciała według rozbioruchemicznego w ó d r o d z i m y c h (nazwa prof. L. Korczyńskiego). A ponieważ kombinacje te w wodach rodzimych mogą być niezliczone, jakkolwiek nieuchwytne, również niezliczone być mogą i własności specyficzne i wskazania lecznicze.

Nowe te poglądy mogą nam naukowo wyjaśnić różnicę w działaniu leczniczem wód solankowo-sodowych M-i i siarczano-sodowych Karlsbadu.

Wystarczy zauważyć, że podczas użycia wód karlsbadskich uwalnia się kw. siarczany. Jako anjon dwuwartościowy działa on z energją daleko większą na koloidy niż anjon chlorowy, który jest jednowartościowy. Tem się tłomaczy łagodniejsze i mniej drażniące działanie wód solankowo-sodowych, niż — siarczano-sodowych lub siarczano-magnezjowych.

* * *

Należało uzasadnić doświadczalnie teorję dezinfekcji i zobojętniania jadów bakteryjnych, dotychczasowe bowiem badania co do działalności tych wód nie doprowadziły do pożądanego wyniku. Doświadczenia wykonane przez S. na królikach, posiadających typowe własności enterotropowe, a dotyczące przecinków cholerycznych, jak również zdobyte dane co do wpływu na jady lasecznika okrężnicy (b. coli) pomogły w tej sprawie. Autor wykonał serję zastrzyków dożylnych (z przecinkami chol.) dwom grupom królików. Dawki nie były śmiertelne lecz — średniej mocy. Wytwarzała się wówczas forma podostra, wskutek której wszystkie szczepione króliki ginęły po pewnym czasie przy objawach biegunki i wyniszczenia. Podzielił on wówczas króliki na 2 grupy: a) leczoną wodą mineralną, wlewaną w ilości 80 ct. sz. przez zgłębnik do żołądka z najsilniejszego źródła „Tamerici" (12,00 gr soli na litr) i na grupę b) nieleczoną czyli świadków. Pierwsza wyzdrowiała, druga — ginęła. Ważną jest okoliczność, że dobroczynne działanie wody mogło się uwidoczniać bez najmniejszego działania czyszczącego. To potwierdza wyżej powiedziane o działaniu wód: chodzi nie o czyszczenie lecz o działanie kombinacji elektrolitów na koloidy bł. śluzowej. Jeżeli elektrolitów jest mało, niema działania czyszczącego, ale jest — bakterjobójcze i przeciwjadowe.

Inna grupa doświadczeń dotyczyła toksyn las. okrężnicy filtrowanych. Wiemy, że białko las. okrężnicy (proteide colibacillaire), wstrzyknięte do żyły, wywołuje u królika działanie trujące, wyraźnie enterotropowe, na bł. śluzową kiszek. „Colifiltraty", wprowadzone do kiszek, są dla ustroju zupełnie obojętne. W poprzedniej pracy S. dowiódł że toksyny, aby działać na bł. śluzową kiszek, muszą ją atakować ze strony innej — ogólnego krążenia krwi. Dowodzi to raz jeszcze że las. okr., główny mieszkaniec przew. jelitowego, nie może działać na

ściany kiszek i na ustrój drogą toksyn, wytwarzanych w zawartości jelit. Upada więc teorja intoksykacji pochodzenia wewnątrzjelitowego, tak niedawno jeszcze panująca w nauce. Aby toksyny mogły działać, muszą być wytwarzane w tkankach jelit i stąd wydalane. Wówczas wywołują one schorzenia ostre, podostre i przewlekłe tak jak inne jady enterotropowe. Micelle proteidów bakteryjnych są też koloidami, mają swój znak elektr. jak i bakterje, z których pochodzą i zachowują się w ten sam sposób. Wychodząc z tego założenia, starał się S. dowieść wpływu wód czyszczących, naturalnych, niszczącego jady.

$^{3}/_{10}$ c. sz. colifiltratu jest najmniejszą dawką dla królika, która po pewnym czasie zabija go (kilka dni lub tygodni). Jednej grupie tych królików wprowadzano codziennie przez zgłębnik po 40 c. sz. „Tamerici". Grupa ta w większości przypadków zdrowieje. Grupa nieleczona ginie. Doświadczenia te dają dostatecznie jasne wytłómaczenie wpływu przeciwjadowego, wywieranego przez kompleksy solne wód naturalnych chlorowo-sodowych w cierpieniach jelit pochodzenia toksycznego.

Własności bakterjobójcze i przeciwjadowe tych wód, dobrze znane empirycznie od czasów niepamiętnych w schorzeniach przew. jelitowego różnego rodzaju, obecnie dopiero mogą być zrozumiane na drodze naukowej i racjonalnej. S. pierwszy w różnych swych pracach dowiódł słuszności wyżej wyłuszczonych poglądów, rzucających światło na zawiłą i niezrozumiałą dotąd lub błędnie tłómaczoną patogenezę cierpień przew. kiszkowego i leczniczy wpływ wód czyszczących rodzimych solankowo-sodowych.

Przed kilku laty spostrzegałem młodego człowieka, mężczyznę lat 34, cierpiącego od lat kilku na uporczywy nieżyt okrężnicy z obostrzeniami (biegunki, dużo śluzu), do którego przyłączyło się podostre schorzenie wątroby, „icterus catarrhalis" z bólami, żółtaczką, prawdopodobnie na tle zakażenia kiszkowego. 12 dniowa kuracja w M-i (różne źródła słabsze i „Tettucio" najmocniejsze) zadziwiająco dobrze na niego wpłynęła; usunęła bolesność i powiększenie wątroby (żółtaczka już przedtem ustąpiła, pozostał odcień podżółtaczkowy). Ze strony przew. jelitowego chory w ciągu 3 lat nie doznaje prawie żadnych dolegliwości i nie zachowuje specjalnej djety. Znalazłem tu

potwierdzenie zdania Sanarelli'ego, że i bez czyszczącego działania wód skutek może być osiągnięty, chory bowiem przez czas kuracji w M-i miał wypróżnienia prawidłowe bez rozwolnień i biegunek.

Kończąc, chciałbym dodać, że jak każda teorja, może i ta być zachwiana, choć jest wysoce przekonywująca i że bardzo pożądane są dalsze w tym kierunku prace w dziedzinie, otwierającej dla badań tak szerokie widnokręgi — bakterjologji, bakterjoterapji, patogenezie schorzeń kiszkowych i balneologji.

Oceny.

Dr. Maksymiljan Blassberg. (Kraków). *Picie wód Krynickich ze stanowiska praktyki lekarskiej.* (Skład główny „Dom książki polskiej" w Warszawie. Druk i nakład „Drukarni narodowej w Krakowie 1930).

Wody Krynickie bodaj najbardziej z pośród wód zdrojowych polskich zostały zbadane pod względem naukowym i empirycznym. Istnieje cały szereg prac doświadczalnych i porozrzucanych w różnych pracach spostrzeżeń i uwag o działaniu wód Krynickich.

Jednakowoż nikt dotąd nie ujął tego w jedną całość, nie oświetlił ze stanowiska obecnego stanu nauki o wodach mineralnych i nie dał na tej drodze wskazówek realnych co do stosowania wód Krynickich w praktyce.

Uczynił to Dr. Blassberg w Krakowie, wydając książkę pod wyżej wymienionym tytułem.

Autor zebrał tu chyba wszystko, co kiedykolwiek (poczynając od znakomitego znawcy Krynicy, Józefa Dietla) o wodach Krynickich napisano i postarał się dać wyraźne wskazówki, jak należy je w różnych cierpieniach żołądka, jelit, wątroby, w cukrzycy, dnie, blednicy i t. d. stosować.

Książka napisana jest zwięźle, a z zestawiania rozbieżnych nieraz poglądów różnych autorów znać wytrawnego klinicystę-praktyka, który nad materjałem panuje i wnioski praktyczne wysnuć z nich potrafi.

Wydaje nam się niezbędne dołączenie w następnym wy-

daniu tablic z dokładną analizą chemiczną wszystkich źródeł krynickich.

Książka D-ra Blassberga winna znaleźć się w rękach nietylko lekarzy krynickich, ale także i wszystkich kolegów, wysyłających chorych swych do wód w ogólności, a do Krynicy w szczególności.

Dr. W. Róbin.

Streszczenia.

Thoenes. O leczeniu djetetycznem choroby Basedowa. (Arch. f. Vrdgskrkh T. XLVI. Zesz. 5-6).

Już oddawna racjonalne żywienie odgrywało dużą rolę w leczeniu choroby Basedowa, a to ze względu na zły stan odżywiania chorych. Według ogólnie przyjętych zasad (Strauss, Noorden, v. Strümpell, Chvostek) — pokarm powinien być kalorycznie bardzo obfity i zawierać mało ciał białkowych. Tego rodzaju obfite pożywienie wydawało się słuszne ze względu na wzmożoną przemianę materji; z drugiej zaś strony i tak już wzmożonej przemiany podstawowej nie należy zwiększać przez duże specyficznie dynamiczne działanie białka, które zresztą pobudza czynność tarczycy.

Jeśli chodzi o rodzaj pokarmów, to najodpowiedniejszy jest stosunek białka, tłuszczów i węglowodanów = 1 : 1,5 : 9.

Obficie podane węglowodany, będące głównym dostawcą cieplika, umożliwiają znaczne obniżenie przemiany białkowej, co przy podaniu dużej ilości tłuszczów byłoby niemożliwe. (Magnus-Levy, Rudinger, Lauter). Abelin wykazał, iż u zwierząt z nadczynnością tarczycy, które same przez się nie były w stanie odkładać glykogenu w wątrobie, udawało się nagromadzenie tego ostatniego wówczas, gdy zwierzęta te były karmione przed leczeniem również tłuszczami. Udawało się to jednak tylko w lekkich przypadkach nadczynności tarczycy. Karmienie obficie tłuszczami zwierząt z bardzo rozwiniętą thyreotoksykozą dawało wręcz przeciwne wyniki, a mianowicie szybkie narastanie przemiany, raptowne pogarszanie się samopoczucia, a nawet powodowało śmierć zwierzęcia. Abelin sądzi, iż po-

dawanie większych ilości tłuszczu również u ludzi może być stosowane jedynie na początku choroby i w lekkich przypadkach.

Autor doszedł do tego samego wniosku. Obserwując wpływ djety na przebieg choroby, Th. zwrócił w kilku przypadkach uwagę na fakt szkodliwości obfitego żywienia w miarę zwiększania liczby kalorji — choremu nie tylko na wadze nie przybywało, lecz odwrotnie. Zjawisko to tłomaczy tem, iż obfite pożywienie powodowało wzmożenie procesów oksydacyjnych, a tem samem spadek na wadze. Według Grafe i Kocha oraz Grafe i Grahama i innych — wzmaga się przy stałem przekarmianiu zarówno u osobnika normalnego, jak i u zwierząt specyficznie dynamiczne działanie pokarmów. Zjawisko to nazwał Grafe — objawem przystosowania (*Anpassungserscheinung*). Według badań Grafe i jego współpracowników główną rolę w tej „*Luxuskonsumption*" odgrywa tarczyca, której czynność przy nadmiernem odżywianiu się powiększa.

Z powyższego wynika, iż zbyt obfite przyjmowanie pokarmów w chorobie Basedowa jest wręcz szkodliwe.

Przy niedostatecznem żywieniu stwierdzono odwrotnie ograniczenie procesów oksydacyjnych, co potwierdziły liczne badania Benedicta, Zuntza i Loewy'ego i innych.

Stwierdzono ścisły i stały związek między utratą na wadze, utratą azotu i zmniejszeniem się procesów spalania; z czego znów wynika, iż tarczyca jest również regulatorem tego mechanizmu przystosowania w przypadkach niedostatecznego żywienia.

Potwierdzają to w zupełności obserwacje wojenne.

Obrzęk głodowy wykazuje pewne podobieństwo do obrzęku śluzakowatego (Jansen); pewne objawy obrzęku głodowego wskazują na niedostateczną czynność gruczołu tarczowego. Potwierdzenie tego mamy w wynikach sekcyjnych Oberndorfera i Stefko, którzy w przypadkach obrzęków głodowych stwierdzili daleko posunięte zaniki tarczycy. Potwierdzają to również spostrzeżenia Curschmanna i Tallquist'a, którzy w okresie braku pożywienia stwierdzili znaczne zmniejszenie się przypadków Basedowa, poprawę przypadków cięższych i wreszcie raptowne zwiększenie się liczby tych chorych wraz z poprawą sytuacji gospodarczej po roku 1919.

Józef Nusbaum.

Pal. Nawykowa zgaga i pełność w żołądku, ich patogeneza i leczenie. (Med. Kl. 1929/47).

Autor streszcza swój obszerny artykuł w sposób następujący: a) Zgaga nawykowa jest uwarunkowana przez hypotonję wpustu żołądka. Z czasem dołącza się nadwrażliwość wpustu, stan podrażnienia śluzówki żołądka i zahamowanie stanu napięcia mięśniówki żołądka i odźwiernika. T. zw. palenie żołądkowe jest skutkiem przewrażliwienia śluzówki żołądka. b) Pełność żołądka jest wyrazem zahamowania napięcia mięśniówki żołądkowej; może jednak powstać na drodze odruchowej albo psychicznej.

O ile otwarty wpust jest bezwzględnym warunkiem powstawania zgagi, o tyle kwasota żoł. nie ma znaczenia. Coprawda w wielu przypadkach stwierdza się nadkwaśność, jednakże w niemałej ilości wykrywa się i inne stopnie kwasoty, nierzadko i zupełny brak kwasu solnego.

Zgaga może powstać jedynie, o ile pokarm sięga do samego wpustu; tylko w tym wypadku strawiony pokarm może się przedostać przez otwarty wpust do przełyku. Jest to bardziej możliwe w żołądkach poziomych u mężczyzn, aniżeli w żołądkach pionowych i często zwichniętych u kobiet.

Że pełność żołądkowa jest spowodowana przez zahamowanie napięcia ściany żołądka, dowodzi fakt, że uczucie to mija po zażyciu nitrogliceryny.

Co do leczenia wspomnianych cierpień, autor radzi chorym powoli przyjmować pokarmy i dobrze je rozgryzać. Pozatem zaleca preparat, sporządzany z orzecha muszkatowego (Moscavon). Preparat ten wywołuje znieczulenie śluzówki i rozkurcz gładkich mięśni żołądka.

M. Orzech.

Meyer i Nassau. W sprawie rozpoznania i leczenia bólów brzusznych u dzieci. (Ther. d. Gegenw. N. 1/1930).

Bóle brzuszne u dzieci powinny być zawsze poważnie traktowane przez lekarza. Rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego jest dość często łatwe, ale nie zawsze! Należy posługiwać się wobec tego niektórymi ściślejszymi sposobami rozpoznawczymi, które mogą doprowadzić do pewnego rozpoznania. A więc należy zwrócić uwagę na wzdęcie brzuszka, na

zarysowane żyły w prawej pachwinie, na brakujące odruchy brzuszne po prawej stronie, na bolesność ruchową kończyny prawej dolnej, na bolesne oddawanie moczu z parciem na mocz, oraz na częstą obecność krwinek czerwonych w osadzie. Nie należy nigdy zaniedbywać badania odbytnicy; charakterystycznym objawem podrażnienia otrzewny oraz przy przedziurawieniu wyrostka jest odbyt ziejący. O ciepłocie i wzmożonej ilości krwinek białych nie należy zapominać, przyczem różnica w ciepłocie w odbycie dochodząca do 0,8—1^0 przemawia za ostro zapalnym stanem w jamie brzusznej. Poprzednio przebyte cierpienia nie mają żadnego wpływu na powstanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego—nawet i przebyta angina—mamy tu często do czynienia z t. zw. *pseudoappendicitis*. Ostra niedrożność jelit daje nie mniejsze trudności rozpoznawcze, jak i *lappendicitis* należy pamiętać o wgłobieniu jelit. Leczenie zawsze tylko chirurgiczne, nawet gdy minęło 48 godzin po rozpoczętem schorzeniu. Aby uniknąć pomyłek rozpoznawczych, należy postępować, jak amerykanie radzą, w każdym przypadku, zwłaszcza u małych dzieci prześwietlić przed zabiegiem płuca chorego dziecka, aby wykluczyć możliwą obecność zapalenia płuc, trudnego w początkach do rozpoznania.

Fr.

Bauer i Strasser. Cholecystografja i czynność wątroby. Klin. Woch. 1930, Nr. 11.

Brak cienia pęcherzyka w wielu cierpieniach, gdzie pęcherzyk jest zdrowy (cukrzyca, choroba Basedowa, marskość, skrobiawica, otłuszczenie, zastoina i rak wątroby, żółtaczki, niekiedy wrzód dwunastnicy) wskazuje nam na zaburzenia czynnościowe wątroby, jako powód do niewypełniania się pęcherzyka. Zastosowanie phenoltetrajodphtaleiny (zamiast tetrajodphenolphtaleiny) umożliwiło nam badanie wydzielania tego barwika, gdyż daje on się łatwo określić ilościowo w surowicy. Okazuje się, że tylko bardzo posunięte zaburzenia czynnościowe wątroby uniemożliwiają wypełnianie się pęcherzyka. Znacznie większe znaczenie ma dostateczne wydzielanie barwika przez wątrobę zależne nie od sprawności czynnościowej wątroby, a od właściwości wydzielanej żółci. Dlatego też przy ustępowaniu żółtaczki nieżytowej,

w marskości wątroby otrzymujemy wyraźny cień, nie bacząc na wybitną próbę z galaktozą. Jedynie w całkowitej żółtaczce nie mamy zasady oczekiwać cienia. W innych przypadkach musimy brak cienia przypisać schorzeniu pęcherzyka, względnie w cukrzycy, chorobie Basedowa, marskości nieżółtaczkowej, powód niezjawienia się cienia jest nam całkowicie nieznany.

J.

Hoezapfel. Badania nad pochodzeniem krwotocznej martwicy trzustki. Klin. Woch. Nr. 13. 1930.

Powstaje ona w tych przypadkach, gdzie przewód żółciowy wspólny i przewód trzustkowy łączą się ze sobą przed ujściem. Kamień żółciowy prowadzi do zastoiny w obydwuch przewodach i do przenikania żółci do trzustki. To powoduje uczynnienie zaczynów trzustkowych i w wyniku tego martwicę.

J.

Czygan. Leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych z początkowym zanikiem wątroby, przy całkowitem zamknięciu przewodu wspólnego. Klin. Woch. 1930. Nr. 15.

Autor zaleca obok stosowania insuliny i cukru gronowego wprowadzanie kilka razy dziennie zgłębnika dwunastniczego przynajmniej na dwie godziny. Poprzez zgłębnik autor zastrzykuje rozczyn adrenaliny 1 : 10, po której otrzymywał żółć. Żółć tą należy zastrzyknąć przez zgłębnik z powrotem do jelit. Pomyślne wyniki w 3 bardzo ciężkich przypadkach. Uzasadnienia teoretycznego dla tych pomyślnych wyników autor nie podaje.

J.

Lorant i Froehlich. O wpływie dożylnych zastrzyków cukru na poziom ciał ketonowych w cukrzycy i podczas śpiączki. Klin. Woch. 1930. Nr. 5.

Zastrzyki te, zdaniem autorów, powodują wzrost ilości ciał ketonowych we krwi, utrudniają odcukrzenie, względnie przez jednoczesne podanie większych ilości insuliny prowadzą do hypoglikemji, a więc należy uznać je za szkodliwe (?!)

J.

Protokóły posiedzeń.

Pol. Tow. Gastronomicznego.

Posiedzenie z dn. 22. I — 30 r.

Justman L. wygłasza odczyt: „Znaczenie niedomogi wątrobowej w obrazie klinicznym i leczeniu schorzeń dróg żółciowych." ogłoszony drukiem w "Gastrologji Polskiej" Tom II N II.

W dyskusji zwraca Grundzach uwagę, że należy odróżniać „żywienie chorych" od „odżywiania". Zamiast o funkcjach cząsteczkowych wątroby mówmy o „frakcyjnych". Zioła mają niewątpliwie wpływ korzystny. Proponuje stosowanie „flores stoechados", Na dyetyczne przepisy kol. Justmana zgadza się zupełnie. Cholekinaza działa w odpowiednich przypadkach, w innych szkodzi.

Goldman sądzi, że przypisywanie specyficznego działałania stosowaniu odwaru ziół nie można uważać jako ugruntowane na percepcji klinicznej. Nie należy zapominać, że obok tych ziół, przyjmowanych systematycznie w dużej ilości, — stosujemy przepisy dyetyczne i wprowadzamy dużo wody.

Grundzach w odpowiedzi P. twierdzi, że zarówno działanie ziół, jak djety i płynów (wody) musiałoby być stwierdzone doświadczalnie i klinicznie. Dotąd są to tylko teorje. Ale zanim teorje się potwierdzą, już teraz powinniśmy je stosować, gdyż praktyka dowodzi skuteczności działania ziół.

Posiedzenie z dn. 19. II — 1930 r.

Mintz przedstawia rentgenogramy chorego ze zwężeniem poprzecznicy na tle zrostów. R. S. w wieku lat 42, dzietny. Cierpienie przewodu pokarmowego datuje się od 3 miesięcy. Chory narzeka na częste, powtarzające się w ciągu dnia b. dokuczliwe rżnące bóle, umiejscowione przeważnie w okolicy nadbrzusznej. Bóle brzucha wzmagają się w położeniu siedzącem chorego, słabną natomiast w położeniu stojącem. Z innych

przypadłości występują: uczucie pełności i gniecenie w dołku po jedzeniu, odbijania kwaśne i mdłości. Stolce wyłącznie zapomocą irygacji. Przed obecną chorobą pacjent czułsię zupełnie dobrze, nigdy nie narzekał na bóle brzucha, nie miał również gorączki ani przedtem ani też podczas ostatniej choroby. Badanie przedmiotowe wykazuje brzuch zupełnie miękki, nigdzie palpacja nie wywołuje ani oporu mięśniowego ani też wzmożonych, dla oka widocznych ruchów robaczkowych. Nieznaczna bolesność na ucisk na prawo od pępka. Płuca i serce zdrowe. Odruchy kolanowe wzmożone. W moczu ślady białka, brak natomiast elementów nerkowych. Przedstawione mi przez pacjenta wyniki badania czynności żołądka zapomocą zgłębnika, jak również wyniki radjoskopji przewodu pokarmowego, wykonanej w Baranowiczach, nie wykazały uchwytnych zmian chorobowych. Dodam jeszcze, że chory przebywał przez 18 dni w klinice prof. Januszkiewicza w Wilnie i wypisał się stamtąd bez poprawy.

Zależność natężenia bólów brzusznych od położenia chorego naprowadziła mnie na myśl, że bóle brzuszne w danym przypadku, pomimo ujemnych wyników badania przedmiotowego, nie zależą od cierpienia nerwowego. Przypuszczałem obecność raczej trwałych zrostów pomiędzy narządami brzusznymi, nie byłem jednak w stanie dokładnie ich umiejscowić. Z tą prawdopodobną djagnozą odesłałem chorego do rentgenologa. Odpowiedź udzielona mi przez kol. Kryńskiego brzmiała: zrosty poprzecznicy z wątrobą. Początkowa część poprzecznicy z zagięciem wątrobowem uniesiona ku górze i tu w okolicy cienia wątroby unieruchomiona. Poprzecznica po 7 godzinach wypełniona dość szeroko pokarmem kontrastowym. Druga połowa wypełniona natomiast w postaci paska. W miejscu zwężenia pokarmu chory odczuwa wybitną bolesność uciskową. Po enemie kontrastowej poprzecznica nie wykazuje cech zwężenia, jednak jak przy badaniu per os wykazuje to samo podciągnięcie w stronę wątroby.

Operacja wykonana przez kol. Sołowiejczyka wykazała zrost międzysiecią,brzegiem wątroby(prawym płatkiem) i woreczkiem żółciowym na granicy między zgięciem wątrobowem a środkiem poprzecznicy.Rysunek naszkicowany ręką chirurga, uwidacznia miejsce zrostów w zupełnej zgodzie z rentgenogramem kol. Kryńskiego.

Przypadek ten przytaczam jako tryumf rentgenologji, która nietylko umożliwiła określenie natury cierpienia, lecz nadto ściśle wykazała lokalizację zrostów.

K r y ń s k i uzupełnia wywody prelegenta. Uniesienie zagięcia wątrobowego jako obserwacja jednorazowa, jest niemiarodajne, dopiero powtarzający się obraz jest decydujący.

U danego chorego występuje na pierwszy plan skurcz zwieracza Keita, spotykany często w sprawach chorobowych wątroby. Miejsce skurczu ściśle odpowiadało bolesnemu punktowi. Poprzedzający odcinek okrężnicy silnie rozszerzony.

N i e w i a d o m s k i zapytuje prelegenta, czy znaleziono przy operacji zmiany chorobowe w pęcherzyku żółciowym, które mogłyby być przyczyną powstania tych zrostów. Jeżeli ze strony narządów z sobą sąsiadujących, jak pęcherzyk żółciowy, dwunastnica i poprzecznica nie stwierdzono powodu do tworzenia się zrostów, to należy myśleć ewentualnie o sprawie wrodzonej, błonie Jackson'a, która mogła uledz zczasem zbliznowaceniu i wytworzyć zrost sznurkowy, zwężający poprzecznicę.

P r z e d b o r s k i popiera tę koncepcję. Spostrzegał kilkakrotnie u noworodków ostrą niedrożność jelit spowodowaną takim zrostem wrodzonym, jak wykazywał zabieg chirurgiczny.

G r u n d z a c h również prosi o wyjaśnienie w sprawie pęcherzyka żółciowego, albowiem często przyczyna zrostów w tem miejscu tkwi w pierwotnem zapaleniu pęcherzyka żółciowego. Zrosty na tem tle prowadzą do niedrożności lub wewnętrznego uwięźnięcia.

G o l d s t e i n, który brał udział w operacji, wyjaśnia że przypadek ten jest interesujący z tego względu, że w jamie brzusznej nigdzie zrostów nie było, a istniał tylko jeden pasemkowaty zrost między środkową częścią poprzecznicy a pęcherzykiem żółciowym, który nie wykazał żadnych zmian chorobowych.

A d e l f a n g wygłasza odczyt p. t. „O badaniu rentgenologicznem schorzeń wyrostka robaczkowego" — z przezroczami (będzie ogłoszony drukiem w Gastrologji Polskiej).

G o l d m a n jako koreferent mówi o wartości klinicznej tej metody rentgenologicznej na podstawie własnego materjału.

M i n t z otwiera dyskusję obszernem przemówieniem, któ-

re będzie ogłoszone w „Gastrologji Polskiej“ równocześnie z odczytem Adelfanga.

Kryński B. Materjał (4 przypadki skontrolowane operacyjnie) referenta jest zbyt mały, by można było na podstawie jego wyprowadzić jakiekolwiek wnioski. Mając do dyspozycji cały matejał oddziału ś. p. Dr. Zawadzkiego, i opierając swoje doświadczenie na 300 obserwowanych przypadkach K. nie podejmuje się jednak wypowiedzieć stanowczego zdania. Na stole operacyjnym spotyka się największe niespodzianki. Spotyka się klinicznie i rentgenologicznie nie dające objawów chorobowych wyrostki, które pod drobnowidzem wykazują duże zmiany. Usunięcie takiego wyrostka uwalnia chorego od jego dotychczasowych dolegliwości. Badanie rentgenologiczne wyrostka powinno się odbywać w ramach badania całego przewodu, gdyż często objawy wyrostkowe są tylko współistniejącemi przy schorzeniu dwunastnicy lub wątroby. Do takich przejawów należy przede wszystkiem bolesność wyrostka, która jako jedyny objaw nie jest wystarczająca dla rozpoznania. Zbyt mało uwagi zwraca referent na zaleganie pokarmu w jelicie biodrowym. Żądanie 24 godzinnego zalegania dla postawienia rozpoznania zrostów jest zbyt daleko posunięte. Już 10 godzinne zaleganie przy normalnem posuwaniu się pokarmu w okrężnicy służy jako ważna wskazówka. Zaleganie to oczywiście nie ma znaczenia, jeśli pokarm zatrzymuje się u zagięcia wątrobnego wskutek jego opadnięcia. Na ten przejaw zwracają słusznie uwagę niektórzy chirurgowie, uwzględniając stan ten przy operacji. Kontrola pooperacyjna przypadków, u których nie usunięto tej przeszkody, wykazała w dużym odsetku te same dolegliwości, co przed operacją. Jakie znaczenie ma wypełnienie się lub niewypełnienie wyrostka? W swej monografji zwraca Grigorjeff uwagę na to, iż często wyrostek nie wypełnia się drogą zwykłą, natomiast łatwo wypełnia się pod uciskiem. Tłomaczy on to skurczem jego zastawki. Należy w orzeczeniu rentgenologa moment ten uwzględnić, bowiem wyrostek kryje się gdzieś za kątnicą i występuje dopiero po całkowitem opróżnieniu kątnicy. By uchwycić taki wyrostek należy badać chorego w różnych warunkach. Duże znaczenie ma zdaniem K. appendicostasis t. j. zaleganie pokarmu w wyrostku. Objaw ten można jednak

zużytkować tylko po przeczyszczeniu badanego, jeśli cały przewód opróżnił się. Narówni z appendicostasis ma znaczenie coecostasis.

Referent nie poruszył zupełnie sprawy enemy kontrastowej. Oddaje ona niekiedy cenne usługi w kierunku wypełnienia wyrostka i stwierdzenia niedomykalności zastawki Bauhin'a.

Badanie rentgenologiczne w rozpoznaniu przewlekłych spraw chorobowych wyrostka ma tylko znaczenie w związku ze ścisłem badaniem klinicznem.

Goldstein jest zdania, że pomimo wielkiego postępu nowoczesnej rentgenodjagnostyki wykazuje nam retgenogram tylko stan anatomiczny wyrostka robaczkowego, ale nigdy stan chorobowy, który nie jest identyczny ze zmianami anatomicznemi. Często przy zabiegach operacyjnych znajdujemy daleko posunięte zmiany anatomiczne, zrosty, przewężenia i t. p. wyrostka robaczkowego u osobników, którzy klinicznie nie zdradzali żadnych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego. Odwrotnie występują nawet burzliwe objawy chorobowe w przypadkach, gdzie na ekranie rentgen. brak cech patologicznych, a po usunięciu takiego wyrostka robaczkowego wszelkie objawy ustają. Dalecy jesteśmy od tego momentu, by na zasadzie samego badania rentgenologicznego stawiać wskazanie do operacji.

Rubinrot przypomina, że przed kilkunastu laty wygłosił odczyt w sekcji gastrologicznej Tow. lek. p. t. O radjologji wyrostka robaczkowego. Od tego czasu postęp radjologji wyraził się w zwiększonej liczbie „widzialnych" na ekranie wyrostków (zamiast 50% — 90%) Zaleganie w wyrostku robaczkowym, choćby po kilku dobach świadczy tylko o usposobieniu do zapalenia wyrostka. Bolesność dotykową należy ostrożnie oceniać, albowiem narządy sąsiadujące mogą dawać ten refleks bólowy, jak moczowód. Dzięki jednak promieniom X, możemy nieraz wykryć stany chorobowe nierozpoznane klinicznie, jak nadmierna ruchomość kątnicy lub zrosty. Dlatego też należy w przypadkach z objawami przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego przed operacją chorego poddawać badaniu rentgenologicznemu.

Lubelski uważa, że we wszystkich przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka należy kierować do badania

rentgenologicznego. Jeżeli jednak klinicysta przynajmniej raz jeden stwierdził typowe objawy, jak wysoką ciepłotę, duży opór mięśniowy w punkcie Mac — Burney'a, a później co jest bardzo ważne naciek zapalny, to rozpoznanie jest pewne i dalsze badanie rentgenologiczne zbędne. Czy ból w obrębie kątnicy przemawia za zapalaniem wyr. rob? Absolutnie nie. Może zależeć od schorzeń wstępnicy, wywołanych zaleganiem kału, zapalenia okołodwunastniczego lub około pęcherzyka żółciowego. Nie wypełnienie się wyr. rob. masą kontrastową może być wywołane uciskiem zbyt ruchomej i opadniętej kątnicy, która, wypełniając się, przykrywa sobą wyrostek.

Zajdman omawia różne okresy w przebiegu zapalenia wyrostka z punktu widzenia rozpoznawczego i przychodzi do przekonania, że nie zawsze musimy się uciekać do badania promieniami X. W zapaleniach „pierwotnych przewlekłych" (primäre chronische anfallsfreie Appendicitis Küttner'a) należy jednak się posiłkować badaniem rentgenologicznem; oddaje nam w tych przypadkach cenne usługi. Zdrowy wyrostek robaczkowy ma zwykle kierunek skośny ku dołowi i wewnątrz. Położenie prawostronne i ku zewnątrz jest podejrzane o zrosty, Ślimakowe zagięcia,o ile powtarza się na kilku zdjęciach powtórzonych, jest objawem patognomicznym. Coecostasis, o której mówił Adelfang, nie jest charakterystyczna dla zapalenia wyr. rob. inne schorzenia kątnicy (gruźlica, nowotwory) wykazują także ten objaw.

W dyskusji zabierali jeszcze głos: Mesz, Dolkart, Adelfang.

Posiedzenie z dn. 26/III—30 r.

Pokazy.Lubelski — „1. Przypadek zwężenia odźwiernika i części przyodźwiernikowej żołądka po otruciu esencją octową."Zespolenie żołądkowo-jelitowe. Wyzdrowienie: Chora H. S., lat 18, otruła się esencją octową i została umieszczona w szpitalu. Nieprzytomna, tętno przyspieszone, ledwo macalne, oddech charczący; kończyny zimne; nie reaguje na ukłucia: wymiotuje treścią o reakcji słabo zasadowej. W wymiocinach sporo śluzu i krwi jasno-czerwonego koloru. Mocz ciemno-brunatnego koloru o reakcji kwaśnej. Pod drobnowidzem całe pole usiane czerwonemi krwinkami i masami bezpostaciowemi (moczany bezposta-

ciowe). Przy badaniu moczu po tygodniu stwierdzono: oddziaływanie kwaśne, białka ślad, urobilinogen; w osadzie: 20—30 ciałek białych, krwinki czerwone. Przy przyjmowaniu pokarmów chora skarży się na bóle w gardle, wzdłuż mostka i w dołku podsercowym; gorączkuje (38, 3°C). Przy oględzinach jamy ust stwierdzono na języku, podniebieniu twardem, miękkiem i na migdałkach szaro-białe naloty z wybroczynami. Po miesiącu od zatrucia po przyjęciu pokarmów chora wymiotuje; zwiększyły się bóle w dołku podsercowym. Zgłębnik przełykowy dał się łatwo wprowadzić do żołądka, co przemawiało za normalną drożnością przełyku. Zgłębnikowanie żołądka naczczo, wykonywane co parę dni, wykazało powiększające się zaleganie pokarmów (10,0 c. c., następnie 100,0 c. c., dalej 200,0 c. c. —papkowatej treści). Po próbnem śniadaniu wydobyto 150 c. c.; brak kwasu solnego, ogólna kwasota 4; stosunek części stałych do płynnych 5:1; odczyn na krew ujemny.

Zdjęcie rentgenowskie (Dr. Mesz) stwierdziło, co następuje: Żołądek ma kształt lejka umieszczonego pod przeponą; przez zwężony odźwiernik i część przyodźwiernikową żołądka masa kontrastowa przechodzi wązką strugą w b. małej ilości. W przeciągu doby przechodzi zaledwie 1/3 część masy kontrastowej.

Rozpoznano zwężenie odźwiernika. Operacji dokonano w uśpieniu eterowem. Przy operacji stwierdzono, że odźwiernik, część przyodźwiernikowa i prawie połowa żołądka — były skurczone, pofałdowane, twardej konsystencji. Z trudnością dokonano zespolenia tylnego, z krótką pętlą jelita czczego, w obrębie dna żołądka; w tem tylko miejscu ściana żołądka miała wygląd normalny i była normalnej konsystencji. Przebieg pooperacyjny — bez powikłań. Chora w parę dni po operacji zaczęła przyjmować płynne pokarmy; wymioty ustały. Obecnie jest zdrowa. W naszym przypadku, aczkolwiek było duże zniszczenie ściany żołądka, udało się w obrębie dna żołądka dokonać zespolenia; natomiast są przypadki, gdzie po otruciu płynami żrącymi cały żołądek jest tak skurczony, pofałdowany i mały, że zmuszeni jesteśmy zamiast zespolenia wykonać jejunostomję, aby w jakikolwiekbądź sposób utorować sobie drogę do wprowadzenia pokarmów do przewodu pokarmowego. Jejunostomję wykonywamy i wów-

czas, kiedy po otruciu prócz zwężenia odźwiernika, wytworzyło się i zwężenie przełyku.

Quenu i Pillet podają, iż na 30 przypadków zwężenia odźwiernika po zatruciu płynami żrącymi w 7 przypadkach stwierdzili prócz tego zwężenie przełyku. (Quenu et Pillet, Des stenoses cicatricielles du pylore consecutives a l'ingestion de liquides caustiques. Revue de Chirurgie, Paris, 1902,51).

2. Igła w przewodzie pokarmowym.

Usunięcie na drodze operacyjnej.

Chora St. C., lat 25, połknęła igłę. Skarży się na bólew dołku podsercowym. W tem samem miejscu czuje ból przy ucisku ręką. Zdjęcie rentgenowskie (Dr. Mesz) wykonane 3-III r. b. i zdjęcie, wykonane w dwanaście dni później t. j. 15-III r. b. stwierdziły co następuje: 1) igła znajduje się na lewo od kręgosłupa na wysokości I i II kręgów lędźwiowych, 2) znajduje się w pozycji pionowej i nie zmienia swego miejsca, 3) nie przyjmuje udziału w przechodzeniu masy kontrastowej przez żołądek i stale widoczna jest ponad masą kontrastową. Przypuszczalnie igła znajduje się poza żołądkiem w miejscu przejścia dwunastnicy w jelito czcze. Operacja w uśpieniu eterowem. Po odchyleniu żołądka i poprzecznicy ku górze nie znaleziono igły w jelicie, w miejscu przypuszczalnego jej unieruchomienia. Natomiast wymacano ją w żołądku. Igła leżała w pozycji pionowej i górnym końcem wbita była w ścianę żołądka, w obrębie małej krzywizny. Wydobyto ją bez nacięcia ściany żołądka ruchem wykłuwającym z wewnątrz na zewnątrz. Miejsce przekłucia zajodynowano.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Orzech zaznacza że oparzenie i zwężenie odzwiernika po otruciu octem należy do rzadszych. Na materjale drugiego oddziału wewnętrznego Szpitala Starozakonnych spostrzegano tylko dwa przypadki. Los chorej po operacji, o której mówił Lubelski, budzi pewne obawy. Dalsze kurczenie się zwężonej części przyodźwiernikowej jest możliwe, może udaremnić wynik zabiegu.

W związku z drugim przypadkiem obcego ciała w jamie brzusznej zwraca uwagę sprężystość ściany żołądka, która znosi

drobne przedziurawienie i nie dopuszcza przeciekania treści do jamy brzusznej.

Dolkart przypomina, że 8 lat temu pokazywał chorego z oparzeniem odźwiernika ługiem sodowym. Podobnie jak i w przypadku Lubelskiego przełyk nie został uszkodzony. Z powodu zwężenia części oddźwiernikowej chory był operowany; wynik pomyślny.

Grundzach nadmienia, że Skłodowski pisał o zaburzeniach nerkowych po otruciu octem, o których wspomina prelegent.

Rubinrot zwraca uwagę na okoliczności następujące: Wbrew panującym wśród pacjentów i lekarzy poglądom połknięcie igły nie stanowi tak wielkiego niebezpieczeństwa. Przeważnie wychodzi igła per vias naturales. Ponieważ obce ciało jak igła może się w międzyczasie od prześwietlenia do operacji przesunąć, radzi więc R. operować bezpośrednio po prześwietleniu.

Najlepiej operować pod kontrolą promieni Rentgena za pomocą t. zw. kryptoskopji.

Wedłeg Kryńskiego położenie zgięcia dwunastniczo — jelitowego jest zmienne. Naogół znajduje się na wysokości 1—2 kręgu lędźwiowego, może być jednak i wyżej. W danym przypadku zagięcie jest wypełnione papką kontrastową i pokrywa się z dolnym brzegiem igły. Ma wrażenie, że igła tkwiła częściowo w tylniej ścianie żołądka i przy manipulacji podczas operacji została wciągnięta głębiej.

Mintz jest zdania, że uszkodzenie śluzówki żołądka płynem żrącym jest wywołane tą okolicznością, że w danej chwili, jak płyn trujący dostaje się do przełyku, wpust jest otwarty.

Robin natomiast podnosi, że jedną z głównych przyczyn uszkodzenia żołądka i braku zmian w przełyku stanowi pozycja stojąca chorego w momencie połknięcia płynu żrącego. W tych przypadkach obraz zawartości pokarmowej przypomina często zawartość żołądka rakowatego. W piśmiennictwie polskiem już przed 30 laty mamy o tem wzmianki (Rejchman, Mintz, Robin). W dyskusji zabierali jeszcze głos: Cytronberg, Pomper, i Schlager.„

W odpowiedzi prelegent zaznaczył, że w zwężeniach odź-

wiernika po oparzeniach płynami żrącymi trzeba się liczyć z ogólnym stanem chorego. Wobec wyczerpania, wychudzenia, wskazane jest raczej zespolenie, jako zabieg łatwiejszy i mniejszy, a nie wycięcie żołądka, które dla chorego jest zabiegiem daleko poważniejszym. Prócz tego żołądek niekiedy jest tak mały i pofałdowany, że możliwe jest jeszcze wynalezienie miejsca na dokonanie zespolenia, natomiast niemożliwe jest technicznie dokonanie wycięcia.

Co do zmian zachodzących po zatruciu w moczu, to rzeczywiście po zatruciu esencją octową zmiany te wkrótce występują, ale dość prędko mijają. U naszej chorej zaraz po zatruciu, stwierdziliśmy pod mikroskopem całe pole usiane czerwonemi krwinkami, ale po tygodniu krwinek czerwonych już nie było: białka był ślad i 20 — 30 ciałek białych.

Co do drugiego przypadku twierdzi prelegent, że wskazaniem do operacji usunięcia igły, były: 1) bóle w dołku podsercowym, na które stale chora się skarżyła, 2) unieruchomienie igły, która w przeciągu 12 dni nie zmieniała swej pozycji. Nie mozna było już liczyć na to, że igła opuści swe miejsce per vias naturales i dlatego zdecydowano się na zabieg operacyjny. Co do pewnych trudności przy poszukiwaniu igły w jelitach podczas operacji, to aczkolwiek pod prom. R. łatwiej byłoby igłę odnaleźć, ale trudniei zachować aseptykę tak niezbędną przy wykonywaniu operacyj brzusznych.

Dalszą część posiedzenia poświęcono kwestji raka żołądka.

Odnośne referaty z dziedziny medycyny wewnętrznej, chirurgji i rentgenologji wygłosili: W e j n e r t, N i e w i a d o m s k i i K r y ń s k i, (ogłoszone drukiem w „Gastrologji Polskiej“.

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Wiadomości różne.

Kurs dokształcający dla lekarzy w Karlsbadzie odbędzie się 14—20 września r. b.

—o—

Zapisy na III Zjazd Lekarzy Słowiańskich, który odbędzie

się w Splicie dn. 4—8 października r. b., przyjmuje Dr. W. Szumlański, Bracka 13—2.

—o—

Zarząd Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego ukonstytuował się, jak następuje: Bronisław Wejnert — prezes, Wilhelm Róbin — vice-prezes, F. Niewiadomski — sekretarz, B. Kryński — skarbnik, J. Nussbaum — zast. sekr., Józef Czarkowski, S. Frank, L. Justman — członkowie Zarządu.

—o—

Komitet Organizacyjny III Lekarskiego Kursu Dokształcającego w Ciechocinku w porozumieniu z Zarządem Zdrojowiska, Gminą i po uzyskaniu aprobaty Depart. Sł. Zdrowia M. S. W. organizuje wzorem lat ubiegłych Kurs w dniach 31.VIII—2.IX r. b. Uczestnicy mają zapewnione bezpłatne mieszkanie i ulgi kolejowe.

—o—

Redakcja otrzymała: Dr. Stefan Kramsztyk. Apetyt i jego rola w djetetyce. Sport i żywienie.—Dr. M. Blassberg. Picie wód Krynickich.—Pamiętnik Pol. Tow. Baln.—Prof. Loeper. La Dyspesie Alimentaire. L'Oxalemie.—Prof. Villaret. Le traitement a Vichy des maladies du foie. Prof. Chabrol. La cholesterinemie.

—o—

Ukazała się w druku obszerna broszura p. t. „Preparaty wyd. V" zawierająca dwa działy, z których pierwszy — stanowi wykaz wszystkich specyfików i przetworów leczniczych, produkowanych przez Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn, z oznaczeniem składu chemicznego, dawkowania, wskazań leczniczych i stosowania omawianych leków, drugi dział obejmuje — Przewodnik terapeutyczny.

Broszura ta ułatwi stosowanie krajowych leków zastępujących wytwory zagraniczne, co przyczyni się niezawodnie do podniesienia przemysłu farmaceutycznego w kraju, jak również wpłynie na podniesienie się naszego bilansu handlowego.

Resumées.

Quelques rémarques sur la question du cancer de l'estomac.
par Dr. Med. B. Wejnert.

L'auteur trouve que les conditions de la vie, les habitudes et surtout la diète jouent un role important dans le developpement du cancer de l'estomac, et même du cancer en géneral. Cette question peu connue, doit attirer une grande attention. Il est absolument necessaire de connaitre le mieux possible l'influence de la nourriture sur la developpement du cancer. Le cancer de l'estomac est beaucoup plus fréquent, que l'on pourrait le croire. Selon les statistiques concernants une periode de 10 ans, l'auteur nous enseigne que sur 36 personnes, qui deviennent attêintes d'une maladie chronique de l'estomac chez 14 personnes se developpe un cancer. Le developpement rapide et latent exige un diagnostique précoce et précis. Malheureusement aucune de metodes actuelles n'est pas suffisante.

Le Cancer de l'estomac au point de vue de la chirurgie contemporaire
par Dr. Med. Fr. Niewiadomski.

L'auteur cite les statistiques des dernières années et fait la comparaison de résultats immédiats et éloignés, que les divers auteurs ont obtenus. L'efficacité de l'intervention chirurgicale dépend de la précocité du diagnostic.

Ensuite N.se préoccupe de la relation entre le cancer et l'ulcère. Sur 2—6 interventions pour les ulcères vient une opération du cancer. N. décrit les phénomènes pathologiques au début de la maladie, qui peuvent appartenir aussi bien au cancer qu'à l'ulcère et discute sur la cancérisation de ce dernier.

En résumé l'auteur conclut qu'á l'heure actuelle les résultats du traitement chirurgical ne sont pas favorables.

Pour augmentér le pourcentage des guérisons on doit

perfectionner la technique opératoire et tâcher de faire le juste diagnostic au début de la maladie. La radioscopie joue ici un rôle important.

Malgré les progrès de la radiologie nous sommes obligés dans les 30% de faire la laparatomie exploratrice.

Chez les malades plus agées l'ulcère de l'estomac a toujours la tendace de se transformer en cancer, c'est pourquoi on doit le traiter par résection.

Die Bedeutung der Roentgendiagnostik in der Frühdiagnose des Magencarcinoms.

von Dr. Med. B. Kryński.

Vortragender bespricht die Aussichten, die Diagnose im Frühstadium der Erkrankung mit Hilfe des Roentgenverfarens zu stellen. Moderne, leistungsfähige Apparatur, Schleimhautuntersuchung und genaue Beobachtung der Magenkinetik bringen die Zahl der Fehldiagnosen auf eine Mindestzahl von etwa 10%. Die Aufgabe des Roentgenologen ist womöglich eine anatomisch pathologische Diagnose zu stellen und so dem Chirurgen seine Aufgabe zu erleichtern.

Es wird eine genaue Beschreibung der verschiedenen Carcinomarten, unter Berücksichtigung der Klassifikation nach Borrman, im Roentgenbilde angegeben. Es bleibt aber eine Anzahl Faelle, wo die Roentgenuntersuchung ratlos dasteht. Bei dem geringsten klinischen Verdacht muss man zur Probelaparotomie schreiten. Bezüglich der Roentgentiefentherapie des Ca. laesst Vortragender offen, ob man operieren oder bestrahlen will. Auf jeden Fall aber muss ein operierter Fall nachbestrahlt werden.

Du mechanisme de l'action des eaux minerales purgatires, chloro-sodiques dans les maladies des intestins bacteriogénes.

par Dr. S. Grundzach.

G. donne une aperçue de la theorie de Sanarelli et des experiments, qui prouvent que: 1) Les bacteries soit disant „enterotropes" et toxines enterotropiques penétrent non pas par les voies gastro-enteriques, qui dans les conditions normales les

detruisent et eliminent 2) Les eaux minerales de Montecatin en modifiant la muqueuse au moyens de ses eaus la transforment en meme temps chimiquement, changent le signe electrique de bacilles el les eliminent avec les toxines dangeureuses, que la muqueuse enterique contient.

Le problème de la perforation de l'ulcère peptique.
Dr. A. Kapłan.

Se fondant sur un cas de perforation d'un ulcère peptique survenu chez un malade pendant son sejour à l'hôpital, l'auteur pose la question des perforations des ulcères peptiques en général et des moyens de prévention. L'auteur ayant énumeré une quantité de cas en conclut la difficulté de prévoir la perforation imminente même chez des personnes se croyants tout à fait-bien portants.

Ce sont surtout — après la conception de l'auteur — les cas, où l'ulcère est accompagné d'un catarrhe gastrique serieux (ramollissement des parois).

Parlant des moments nocifs, prédisposant à la perforation, l'auteur souligne surtout l'influence de l'exploration rentgeno logique. Il demontre, que le poids de la masse contrastique, employée ordinairement dans l'exploration de l'estomac, surpasse de 10 fois le poids de la quantité de lait, employée dans le traitement diététique de l'ulcere. Là où il y a danger de perforation La clinique de Hochenegg à Vienne emploie la masse contrastique modifiée, consistant en 40 gr. de Barium dilué dans $^1/_4$ kgr. de bouille de manna.

Le cas casouistique du prof. Cobet du domaine de l'expertise dans l'assurance sociale souligne la difficulté, qui consiste à demontrer la dépendance de la perforation du trauma professionel.

Dans sa conclusion l'auteur cite des statistiques sur le traitement chirurgical des ulcères perforés. La mortalité monte selon les chiffres fournies par la litterature jusqu'à 10—20%, selon les résultats obtenus à l'hôpital israélite à Vilno — à 10%.

Aûtoreferatoj en esperanto.

Kelkaj rimarkoj pri stomaka kankro.
D-ro B. Wejnert (Warszawa).

Autoro kredas, ke vivkondichoj, kutimoj kaj precipe la dieto ludas gravan rolon en la disvolvo de stomaka kankro kaj ankau ghenerale de kankro. Tiu demando, malmulte konata, devas altiri grandan atenton. Estas necese ekkoni plejbone influon de nutrado je la disvolvo de kankro. La lasta estas multe pliofta, ol oni pensas. Lau 10-jara statistiko autoro asertas, ke inter 36 personoj, sufarontaj je kronika stomaka malsano, che 14 disvolvighas kankro. La rapida kaj latenta disvolvigho postulas fruan kaj precizan diagnozon. Malfeliche la nunaj metodoj ne sufichas.

La stomaka kankro lau vidpunkto de nuntempa hirurgio.
D-ro Fr. Niewiadomski (Warszawa).

Autoro citas statistikon de lastaj jaroj kaj komparas rezultojn senperajn kaj malproksimajn, kiujn observadis diversaj autoroj. Efiko de hirurgia interveno dependas de frueco de diagnozo. Poste autoro okupighas pri rilato inter kankro kaj ulcero, priskribas patologiajn simptomojn en la komenco de malsano, kiuj povas same akompani kankron, kiel ulceron, — kaj priparolas aferon de kankrighado d'ulcero.

Resume autoro konkludas, ke nuntempe la rezultoj de hirurgia terapio ne estas favoraj.

Por pliigi la procenton de resanighoj oni devas pliperfektigi operacian teknikon kaj peni kiel eble plej frue diagnozi la malsanon. La radioskopio ludas tie-chi gravan rolon. Malgrau progresoj de radiologio ni estas devigataj en 30% aplikadi provan laparotomion.

Che pliaghaj malsanuloj la stomakaj ulceroj chiam havas tendencon transformighi en kankron kaj tial oni devas la ulcerojn rezekciadi.

La valoro de rentgenaj radioj che frua diagnozado de la stomaka kankro.

D-ro B. Kryński (Warszawa).

La autoro priparolas la estontan eblecon de frua diagnozado de la stomaka kankro per helpo de rentgenaj radioj. Moderna, tauga aparataro, esplorado de la mukozo kaj preciza observado de la stomaka kinetiko malpliigas la kazojn de falsa diagnozo ghis 10%. Tasko de rentgenologo devas esti starigi plejeble anatomo-patologian diagnozon kaj tiamaniere plifaciligi al hirurgo tian laboron.

Autoro priskribas diversajn kankroformojn en la rentgena bildo, atentigante la klasifikon de Borrman. Ekzistas tamen vico de kazoj, che kiuj la rentgena esplorado malsukcesas. Che plej eta klinika suspekto oni devas alpashi al prova laparotomio.

Koncerne profundan rentgenoterapion, autoro ne deziras solvi la problemon, chu estas preferebla operacio au radiado de la kankro. Sed chiu operaciita kazo devas nepre esti postradiata.

Pri mehanismo d'efiko de purgantaj hloro-sodaj mineralaj akvoj che intestaj bakteriogenaj malsanoj.

D-ro I. Grundzach (Warszawa).

Autoro donas pririgardon de la teorio de Sanarelli kaj de liaj eksperimentoj, kiuj pruvas, ke: 1) t. n. enterotropaj bakterioj kaj toksinoj ne penetras tra la gastrointestaj vojoj, kiuj che normaj kondichoj ilin detruas kaj eligas; 2) mineralaj akvoj de Montecatini, shanghante la mukozon pere de jonoj, transformas ghin samtempe hemie, modifas la elektran signon de baciloj kaj ilin forigas kune kun dangheraj toksinoj, kiujn enhavas la intesta mukozo.

La problemo de perforacio de peptika ulcero.

D-ro A. Kapłan (Wilno).

Bazante sin sur unu kazo de perforacio de peptika ulcero, aperinta en hospitalo, autoro pristudas la demandon ghenerale kaj ankau la antaugardajn rimedojn. Citinte vicon da statistikaj kaj diagnozaj faktoj, autoro substrekas la malfacilecon antauvidi

minacantan perforacion ech che personoj, konsiderantaj sin tute sanajn.

Lau opinio d'autoro tio estas kazoj, che kiuj ulceron akompanas stomaka kataro (moligo de stomakaj muroj).

Priparolante la malutilajn momentojn, emigantajn al perforacio, autro atentigas pri lao influo de rentgenologia esplorado- Li montras, ke la pezo de kontrastilo, kutime uzata che stomak-esplorado, superas 10-foje la pezon de lakto, apłikata che dieta kuracado d'ulcero. Tie trovighas la danghero de perforacio; la kliniko de Hochenegg en Wien uzas kontrastilon modifitan, konsistantan el 40,0 de bario diluita en 1/4 kg. de manna buljono.

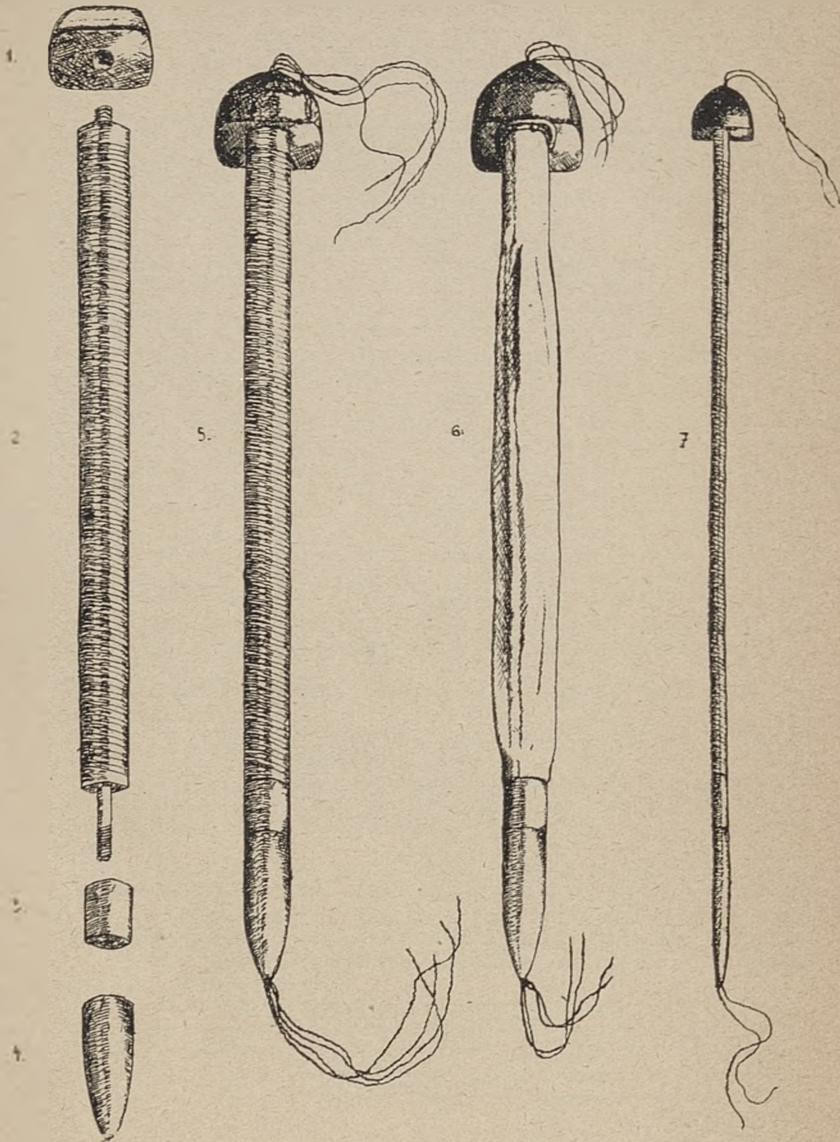
La kazuistika kazo de prof. Cobet el la vico d'ekspertizoj che socia asekurado pruvas la malfacilecon, kiu aperas che difino de la dependeco de perforacio de profesia traumo.

En konkludo autoro citas la statistikon de hirurgia kuracado de perforitaj ulceroj. La morteco atingas 10—20% lau la literaturo, 10% lau rezultoj, recevitaj en la izraelita hospitalo en Wilno.

ZGŁĘBNIKI WG. LUBELSKIEGO

do rozszerzania nitkowatych zwężeń przełyku.

(Opis na stronie następnej)



$^{2}/_{5}$ normalnej wielkości

1) główka, 2) pręt, 3) nasadka, 4) stożek, 5) zgłębnik średnicy 18 mm. z nitkami, 6) zgłębnik z płaszczem gumowym, 7) zgłębnik średnicy 5 mm. z nitkami.

Z odczytu wygłoszonego na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie, w sekcji chirurgicznej, we wrześniu 1929 r. i na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego 20/X 1929 r. w Warszawie.

...Zgłębnik przeznaczony jest do leczenia nitkowatych zwężeń przełyku po oparzeniach płynami żrącemi, t. j. tych ciężkich postaci zwężeń, które najtrudniej poddają się leczeniu.

1. **Budowa.** Zgłębnik jest wykonany z giętkiej metalowej sprężyny, ma 30 centymetrów długości i składa się z 4-ch części: główki u góry, pręta, nasadki i stożkowatego końca u dołu. Przez wydrążenie, znajdujące się w główce i stożkowatym końcu, przeprowadza się nić jedwabną długości 30—40 centym., którą umocowuje się wewnątrz wydrążenia przy pomocy zwyczajnego supła. Komplet składa się z 10 zgłębników różnej wielkości, średnica najcieńszego zgłębnika równa się 3 mml., najgrubszego 18 mml. Obwód zgłębnika możemy jeszcze powiększyć w ten sposób, że naciągamy na pręt dren lub płaszcz gumowy. Po umocowaniu drenu na górnym końcu prętu przy pomocy nitki jedwabnej nakręcamy nań główkę. W ten sam sposób wiążemy dren na dolnym końcu prętu i nasuwamy nasadkę; w wydrążeniu, znajdującem się wewnątrz nasadki, chowamy koniec drenu i nitkę, aby nie wystawały na zewnątrz, i nakręcamy pod nasadką stożkowaty koniec.

2. **Sposób użycia.** Po dokonanej gastrostomji chory połyka nić jedwabną ze śruciną na końcu. Górny koniec nitki przymocowujemy do ucha. Po wydobyciu nitki z żołądka przez otwór gastrostomijny przystępujemy do przeprowadzenia zgłębnika przez przełyk. Górny koniec nitki, wychodzący z ust, wiążemy z nitką przymocowaną do stożkowatego końca zgłębnika, pokrywamy zgłębnik maścią znieczulającą i pociągając nitkę, wychodzącą z otworu gastrostomijnego, wciągamy zgłębnik do przełyku.

3. **Zalety zgłębnika.** W porównaniu z innemi zgłębnikami ma on następujące zalety:

a) Po dokonanej gastrostomji zgłębnik może być wprowadzony nawet do nitkowato zwężonego przełyku.

b) Po wprowadzeniu do przełyku zgłębnik nie wystaje z jamy ust i dlatego nie męczy chorego. Zgłębnik można zostawić w przełyku na parę godzin, co dla mechanicznego rozszerzenia ma wybitne znaczenie.

c) Ze względu na swą giętkość zgłębnik rozszerza zwężenia, znajdujące się na różnych wysokościach przełyku, niezależnie do ich ilości i formy; zgłębnik rozszerza zwężenia i wówczas, kiedy one zbaczają z linji prostej, t. j. są ekscentryczne odnośnie do światła przełyku.

d) Rozszerzanie tą metodą daje znakomite wyniki z gwarancją zupełnego bezpieczeństwa.

e) Rozszerzanie zgłębnikami może przeprowadzić każdy lekarz, do czego nie potrzebne są specjalne fachowe wiadomości.

f) Po pewnym czasie wprowadzenie zgłębnika wobec zupełnego bezpieczeństwa może być powierzone nawet samemu choremu.

g) Leczenie zgłębnikami może być przeprowadzone ambulatoryjnie.

Zgłębniki dostarcza firma A. MANN. — Warszawa, Pl. Małachowskiego 2, tel. 10-25.